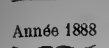
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS


Année 1888

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE


N°

Présentée et soutenue le samedi 28 juillet 1888, à 1 heure

Par G. C. D'OGER DE SPÉVILLE

Né à Port-Louis (Ile-Maurice), le 16 juin 1863

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Et de la Maternité de Baujon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE MORVAN

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges { MM. BALL, professeur.
HANOT et BALLET, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1888

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BROUARDEL.

Professeurs .... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N...
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	ROBIN (Albert)
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR HANOT

Professeur agrégé de la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Antoine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Pathologie interne
Médecin de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS VERNEUIL, TRÉLAT
MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, MAURIAC,
LANCEREAUX, SEGOND ET KIRMISSON

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE MORVAN

AVANT-PROPOS

Dans le cours de l'année que nous avons eu l'honneur de passer, en qualité d'externe, dans le service de M. le Dr Hanot à l'hôpital St-Antoine, il nous a été donné d'observer un des cas les plus complets qui aient été publiés jusqu'à ce jour, d'une maladie encore peu connue, n'ayant pas sa place dans la nosologie, très rare en apparence, surtout croyons-nous, parce qu'on ne la recherche pas suffisamment ; nous voulons parler de la *Maladie de Morvan.*

Encouragé par les bienveillants conseils de notre cher maître, aidé de sa haute culture scientifique, nous avons cru, bien que la tâche fût difficile, pouvoir réunir dans ce modeste travail tous les faits publiés sur ce sujet, et tâcher de présenter un tableau synthétique de tout ce

qui a pu être dit jusqu'à ce jour. Nous nous estimerons pleinement heureux, si ce faisant, nous réussissons à attirer l'attention sur cette affection si intéressante.

Que notre cher maître veuille bien agréer l'expression de notre plus profonde reconnaissance, en même temps que nos sincères remerciements pour l'appui qu'il nous a prodigué pendant tout le cours de nos études médicales.

Nous saisissons l'occasion pour adresser nos plus vifs remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les Drs Ribemont-Dessaignes, Ch. Mauriac et Lancereaux, pour les enseignements qu'ils nous ont fournis et pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Notre plus grande gratitude à M. le Prof. Dieulafoy, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A notre ami A. Broca, nos remerciements pour l'obligeance qu'il a mise à nous aider dans nos recherches.

HISTORIQUE

L'histoire de l'affection que nous avons entrepris de décrire est de date toute récente. C'est en 1883 seulement que M. le Dr Morvan (de Lannilis), publiait, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1883, p. 580, 590, 624) les premières observations au nombre de sept, d'une maladie qu'il dénommait : *Parésie analgésique des extrémités supérieures, ou paréso-analgésie des extrémités supérieures*. Avec une précision et un humour incomparable, il mettait en relief, les faits les plus saillants, ceux qui avaient frappé son esprit si fin et si attentif.

« Le premier cas soumis à notre observation, raconte-t-il, remonte à 25 ou 30 ans. C'était un homme de « 60 ans, qui se présentait avec un panaris à l'un des « doigts de la main. La main et tout l'avant-bras étaient « enflés. Nous constatons la nécrose de la phalange unguéale et lui proposons de pratiquer une incision pour « arriver à l'extirpation. Et comme le malade n'acceptait qu'avec un entrain modéré, nous ajoutons, que « l'incision serait comme un éclair, qu'il n'aurait pas le « temps de souffrir. Nous procédons à l'incision qui fut « une assez large entaille. Quelle ne fut pas notre surprise de voir le calme de ce brave homme, qui à nos « yeux, u'était pas précisément un héros et qui cependant n'avait pas sourcillé. Pas une plainte. Il eut été

« de bois qu'il n'en eut pas été autrement. Il n'avait pas « du tout souffert, affirmait-il. Nous étions tombé pour « la première fois, sur un de ces panaris analgésiques « des extrémités supérieures. »

Dans une critique de ses observations, M. le Dr Morvan, aprés avoir parlé de la fréquence des panaris et décrit leurs caractères, étudiait l'analgésie. Il montrait qu'après avoir débuté par un des membres supérieurs et l'avoir presque toujours atteint en totalité, elle s'étendait le plus souvent à l'autre, où, les mêmes accidents se déroulaient. Il notait aussi, que cette analgésie s'accompagne toujours d'une parésie considérable ; jamais, il ne l'avait trouvée assez marquée pour entraîner une impuissance fonctionnelle complète.

La maladie avec sa triade symptomatique : *analgésie*, *parésie* et *panaris*, était donc désormais bien établie et les observations ultérieures, tant celles publiées par différents observateurs, que par M. le Dr Morvan lui-même n'ont fait que d'ajouter quelques détails de second ordre, du reste, déjà indiqués par ce dernier. Nous verrons à l'étude de la symptomatologie que si le panaris est le trouble trophique le plus saillant, il en existe d'autres non moins marqués et que les troubles de la sensibilité tactile peuvent s'étendre aux organes sensoriels.

Après le travail du Dr Morvan, plusieurs observations parurent, qui sont par ordre chronologique, celles de MM. Guelliot, A. Broca, Prouff (de Morlaix), Colleville (de Reims), Monod et Reboul, et enfin la nôtre.

Cela fait avec la nôtre un total de vingt-neuf observations, qui vont nous servir pour l'étude de cette maladie.

NOSOLOGIE

Et d'abord quel vocable, devons-nous appliquer à l'affection qui nous occupe ? En médecine plus que partout ailleurs, il faut avoir un nom et puisque nous avons l'ambition de créer un nouveau casier, il nous faut de toute nécessité une étiquette. Mais notre embarras est grand, nous l'avouons. L'étiologie est parfaitement reconnue, comme nous le verrons, et du reste pourrait-elle nous être d'un secours quelconque pour le baptême d'une maladie, qui, si elle est parfois comme nous en avons la conviction, le reliquat de la vie de microbes pathogènes dans l'organisme, ne peut être revendiquée exclusivement par un seul ?

L'anatomie pathologique nous tirerait certainement d'embarras, mais pour le moment, elle n'existe pas, aucune autopsie n'ayant été publiée jusqu'à ce jour. Force nous est donc de faire appel à la clinique, et de baser notre définition sur les principaux symptômes, et s'ils sont insuffisants, à l'historique. M. le Dr Morvan, avait déjà proposé de l'appeler *paréso-analgésie à panaris des extrémités supérieures*. Mais outre que ce titre est fort long, il est de plus incomplet, car il laisse complètement dans l'ombre, d'autres lésions très fréquentes, dont la connaissance importe beaucoup pour la conception de

la physiologie pathologique. La symptomatologie est donc elle-même insuffisante, et c'est pourquoi usant d'un usage assez universellement répandu aujourd'hui, quand il s'agit de pathologie nerveuse, nous proposons d'appeler l'affection qui nous occupe : MALADIE DE MORVAN ; titre qui a le double avantage d'attacher à son œuvre, le nom d'un observateur de grande race et de donner définitivement la priorité à celui auquel elle appartient.

Notre nom trouvé, et espérant qu'il sera accepté, nous allons aborder immédiatement l'étude des symptômes.

SYMPTOMATOLOGIE

Lorsqu'un malade, atteint de maladie de Morvan, vient consulter, c'est presque toujours un panaris qui l'amène. Si on s'en tient à l'examen de la lésion inflammatoire, rien de particulier n'attire l'attention, sauf parfois l'intensité des lésions. Mais il est tout autrement, si on veut intervenir, ou si on a l'idée de rechercher l'état de la sensibilité. Dans le premier cas, on est, comme M. le Dr Morvan lui-même, frappé de la bravoure du malade, et lorsqu'on s'apprête à célébrer ce stoïcisme, on est tout étonné d'entendre dire au sujet, qu'il n'a aucunement souffert. C'est alors qu'on s'arme d'une épingle et que, sur-le-champ, on interroge la sensibilité du membre affecté. S'il n'y a eu qu'un seul panaris, le premier en date, le plus souvent l'analgésie ne s'étend pas très loin, sans qu'il y ait là une règle, comme nous le verrons ultérieurement ; que, si au contraire, un ou deux autres doigts portent la trace indélébile de panaris antérieurs, si la face palmaire est sillonnée de profondes crevasses, entaillant un épiderme démesurément épaissi, pour arriver jusqu'au derme, il en est tout autrement. L'analgésie est le plus souvent complète et s'étend à tout le membre supérieur. Souvent elle a atteint l'autre côté, affecté plus tard, avec ou sans panaris, mais presque

toujours moins atteint que le premier. Les troubles de la sensibilité peuvent même progressant toujours, gagner les membres inférieurs, quoique à un degré moindre, et même la face et le thorax, ainsi que nous l'avons observé chez notre malade.

Ordinairement complète à la main et à l'avant-bras et même à l'épaule et à la face du côté primitivement affecté, l'analgésie est moins étendue sur l'autre membre supérieur et seulement très diminuée aux membres inférieurs, où on n'a pas noté encore l'abolition complète, mais simplement un affaiblissement très notable de la sensibilité s'accompagnant parfois d'un retard appréciable de la perception.

Ce premier mode de la sensibilité n'est pas seul atteint, il n'y a pas de dissociation. La sensibilité au contact et à la température sont abolies au point que chez notre malade, en explorant ce dernier mode de la sensibilité avec un thermo-cautère, nous avons pu produire, par inadvertance, une brûlure assez profonde sans que le malade s'en doutât le moins du monde.

Abolition complète de la sensibilité dans ses divers modes, débutant d'abord par les doigts, qui vont être atteints ultérieurement de panaris, et de là s'étendant progressivement à tout le membre supérieur primitivement atteint et ensuite au membre supérieur de l'autre côté, puis aux membres inférieurs et même au tronc et à la face. Tel est le fait le plus saillant, le plus caractéristique et aussi le plus constant de la maladie de Morvan. Nous devons ajouter ici que très souvent on observe au début, des crises névralgiques dans le membre atteint;

crises, qui disparaissent pour se montrer à nouveau à des intervalles plus ou moins éloignés et qui une fois la maladie bien établie cessent définitivement.

La motilité ne reste pas non plus intacte. Très souvent, en examinant le malade on est frappé d'une atrophie manifeste, portant sur le bras dont la sensibilité est le plus affectée. Il peut y avoir une différence de 0.3 centim. entre les deux membres supérieurs. Le côté le plus atteint, paraît lourd au malade, qui en est malhabile. Dans les cas extrêmes comme le nôtre, l'impuissance peut-être telle que le sujet est dans l'impossibilité de se servir de ses bras pour porter ses aliments à sa bouche. Mais ce sont là des exceptions, et très souvent, surtout au début, c'est à peine si l'on peut au dynamomètre déceler un peu d'affaiblissement. Rare également est l'extension au membre inférieur du même côté, bien que notre malade traînât la jambe, selon son expression, et que la marche lui fut assez difficile surtout dans les derniers temps de notre observation. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi et il n'est pas très rare que la parésie fasse complètement défaut, comme nous le verrons ultérieurement.

Les troubles si étendus de la sensibilité et de la motilité doivent faire présager que la nutrition ne doit plus être parfaite dans les membres ainsi frappés, et de fait les troubles trophiques sont le plus souvent extrêmement prononcés. Le plus important et le plus grave de ces derniers est sans contredit le panaris.

Uniques ou multiples les panaris sont fréquemment très graves et arrivent presque toujours à la nécrose de

la phalange, qui peut-être, en est la cause première. Multiples, ils peuvent amener une déformation presque complète de la main et, par cela même, une impotence qui s'ajoute à celle résultant de l'affaiblissement musculaire.

Des durillons se montrent également à la face palmaire ; mais ce qui s'y voit le plus souvent c'est un épaississement considérable de l'épiderme qui, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et des éminences thénar et hypothénar est entaillée de crevasses atteignant le derme et donnant lieu parfois à un suintement sanguinolent.

La peau sur la face dorsale est loin d'être intacte ; elle est racornie, tendue et ne glisse plus sur les surfaces sous-jacentes. Les poils sont atrophiés ; les ongles dépolis, rugueux, fendillés et très cassants. Des sueurs abondantes apparaissent au moindre effort, baignant souvent le côté atteint.

Des lésions plus profondes s'observent encore ; ce sont, comme chez notre malade, un épaississement considérable des os, surtout des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Les artères sont dures, athéromateuses et le pouls imperceptible. Notons enfin, une coloration violacée, habituelle des extrémités surtout en hiver, d'autant plus prononcée que les lésions sont plus avancées et rappelant l'asphyxie locale des extrémités. Presque toujours, il existe entre les deux membres supérieurs une différence de température, appréciable à la main et au thermomètre.

Nous aurons fini d'esquisser ce tableau abrégé de la

maladie, lorsque nous aurons ajouté que les organes sensoriels peuvent être envahis : les troubles étant surtout appréciables du côté du membre supérieur le plus éprouvé. L'audition est presque complètement abolie ; la vue très affaiblie ; l'odorat et le goût supprimés. Enfin, par suite des altérations musculaires, il peut se produire comme nous l'avons vu, des déformations de la face pouvant simuler une paralysie faciale.

Telle est, à grands traits, rapidement esquissée, la physionomie de la maladie de Morvan. Nous allons maintenant étudier séparément chacun des symptômes, tels qu'ils ressortent de l'étude des diverses observations.

Analgésie. L'analgésie est constante pour tous les modes de la sensibilité. Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons déjà dit à ce sujet ; nous ne parlerons ici que de l'étendue, pour dire que sa répartition est indépendante de celle de la parésie ; elle peut être moins étendue (obs. IV de Morvan), mais le plus souvent, on la trouve plus étendue. Nous renvoyons à la lecture des observations, de celles de Morvan en particulier, pour la dissociation possible de l'analgésie et de l'anesthésie. Il y a, en effet, des observations, exceptionnelles il est vrai, dans lesquelles l'analgésie étant profonde, la sensibilité au contact existe partout (obs. I de Morvan).

Parésie et atrophie. — En 1883, M. Morvan écrivait : « Il existe constamment de la paralysie aux muscles de « l'avant-bras et de la main, à côté d'elle se place l'atro- « phie. Toutes deux sont inégalement réparties ; elles

« peuvent atteindre le membre entier, mais générale-
« ment elles ne remontent pas plus haut que le coude ». Mais M. Guelliot a publié peu après, une observation (obs. XX) où la parésie était absente et M. A. Broca (obs XXIX) en a fait connaître une semblable. M. Morvan, d'ailleurs, n'a point tardé à reconnaître que sa conclusion première était exagérée, et trois des malades dont il a raconté l'histoire en 1886 (*Gaz. hebd.*, 1886, n° 33, obs. XI, XII, XIII) ne présentaient point de parésie. Ces constatations ont quelque importance, puisque le nom donné par Morvan, était *paréso-analgésie*. Nous signalons encore l'affaiblissement des muscles paralysés aux excitations électriques, bien constaté par Morvan. Nous dirons que, dans notre observation, la contractilité faradique était conservée.

Panaris. — Nous n'avons rien à ajouter à ce qu'en dit Morvan à propos de la multiplicité, des étapes successives, des douleurs possibles dans les premiers jours, quoique l'incision soit ensuite indolente. Un mot seulement sur la nécrose. D'après les observations de Morvan et celles qu'on a publiées ensuite, elle est la règle. Sur ses dix-huit faits, Morvan n'a vu qu'un seul panaris avorté ; aussi, signalerons-nous ce qui s'est passé dans l'observation de Broca (obs. XXIX). Là, fait déjà hors de la règle, le mal a atteint la première phalange de l'index ; toutes les apparences de l'inflammation existaient, sauf la douleur ; l'incision a donné issue à de la sérosité et le tout s'est cicatrisé en peu de jours sans élimination osseuse aucune.

Les gercures, dont nous avons indiqué le siège au niveau des plis naturels, s'aggravent surtout en hiver et M. Morvan les a vues deux fois envahir la gaine des tendons fléchisseurs et causer une synovite s'étendant jusqu'au poignet.

Rien de particulier sur les phlyctènes, les exulcérations, les modifications des ongles; parmi ces troubles trophiques accessoires, nous attirerons l'attention d'une manière spéciale sur l'atrophie du système pileux; notre observation, en effet, est la seule jusqu'à présent — à notre connaissance du moins — où ce phénomène soit nettement noté.

Nous n'avons rien à ajouter sur les troubles vaso-moteurs : gonflement du membre, en hiver surtout, coloration violacée, abaissement de la température.

Les réflexes ont été explorés par quelques auteurs. Il est vrai que cela n'a conduit à aucune conclusion bien nette. Nous trouvons en effet : observ. VI, réflexe olécrânien aboli ; observ. VII, réflexe olécrânien à peu près nul ; observ. XXII, réflexes conservés ; observ. XXIII, disparition du réflexe patellaire ; observ. XXV, augmentation des réflexes des membres thoraciques ; obs. XXVI, réflexes tendineux et aponévrotiques exagérés dans le deltoïde et avant-bras droits ; réflexe rotulien très exagéré à droite, peu apparent à gauche ; observ. XXVII, réflexes rotuliens exagérés ; aux bras, les réflexes tendineux n'existent pas ; observ. XXVIII, diminution du réflexe rotulien à gauche ; réflexes du poignet et du coude exagérés.

DIAGNOSTIC

« Rien n'est simple comme le diagnostic. L'affection a « une physionomie vraiment à part, et avec les caratères « qu'on lui a assignés on n'hésitera pas à reconnaître « une parésie analgésique à panaris des extrémités supé- « rieures. Cette affection ne pourrait être confondue « qu'avec l'une des maladies suivantes : une névralgie « ancienne, la gangrène symétrique des extrémités de « Maurice Raynaud, l'érythromélalgie de Weir Mitchell « ou la sclérodactylie du Dr Ball.

« Dans les vieilles névralgies, la persistance de la dou- « leur, en immobilisant le membre, peut conduire à l'atro- « phie des masses musculaires, à la paralysie, mais jamais « ces névralgies n'aboutiront à l'analgésie et à la produc- « tion du panaris.

« Dans la maladie de Maurice Raynaud, il s'agit de per- « sonnes appartenant généralement au sexe féminin, de lé- « sions occupant de préférence les extrémités inférieures ; « tout le contraire de ce que l'on observe dans la paréso- « analgésie. Dans la gangrène symétrique, il est vrai, « comme dans la parésie analgésique, il y a quelquefois né- « crose d'une portion de phalange et paralysie des doigts. « Mais, dans la gangrène symétrique, la nécrose n'est que « la conséquence d'un sphacèle intéressant le bout du doigt

« tout entier, tandis que dans la parésie analgesique, c'est
« un panaris profond qui s'est terminé par la nécrose de
« la phalange. Quant à la paralysie, dans la gangrène sy-
« métrique, elle est bornée aux doigts et ne dépasse ja-
« mais la durée de l'asphyxie locale. Dans la parésie anal-
« gésique, au contraire, les phénomènes de paralysie
« musculaire, d'anesthésie et d'analgésie se montrent
« d'une manière permanente, non seulement à l'époque
« des crises, mais encore dans l'intervalle.

« L'érythromélalgie consiste dans une paralysie du va-
« so-moteur. Elle survient chez les sujets nerveux, à la
« suite de refroidissements, de fatigues excessives. Elle
« offre deux périodes : la première est caractérisée par des
« accès douloureux à l'une des extrémités ou à toutes les
« deux ; la douleur se calme par le décubitus horizontal
« ou par l'eau froide. La seconde période est caractérisée
« par des phénomènes de congestion qui viennent s'ajou-
« ter à la douleur ; les artères battent avec force, les
« veines se gonflent et il y a une élévation de tempéra-
« ture de 2 à 3 degrés.

« La sensibilité est intacte ; il existe parfois de l'hyper-
« esthésie, jamais de l'analgésie. A part le symptôme
« douleur et le siège de la maladie tout ici diffère de la
« parésie analgésique. Il n'est question dans l'érythromé-
« lalgie ni de nécrose des phalanges, ni de parésie, encore
« moins d'analgésie. Si la sensibilité est troublée, ce n'est
« jamais en moins, c'est toujours en plus. Et puis enfin,
« dans l'érythromélalgie, il y a élévation de température,
« il y a abaissement dans la parésie analgésique.

« Arrivons maintenant à la sclérodactylie de Ball.

« Celle-ci est un cas particulier dans l'affection plus géné-
« rale décrite sous le nom de sclérodermie. Dans la scléro-
« dactylie, il y a une sensation de froid, d'onglée, avec une
« teinte tantôt jaunâtre, tantôt violacée, ce que l'on voit
« enfin dans l'asphyxie locale de Maurice Raynaud; puis la
« peau se dessèche, elle est comme collée sur l'os; les doigts
« s'atrophient et quand on les palpe on les trouve durs
« comme du bois. Il peut survenir des ulcérations. Quand
« un accès douloureux se produit à l'un des doigts, cet or-
« gane rougit, se tuméfie et s'ulcère sur quelques points.
« On croirait alors avoir affaire à un panaris; mais au bout
« de quelques jours les phénomènes aigus se calment et la
« maladie reprend sa marche, qui est chronique. Dans la
« sclérodactylie de Ball, il n'existe ni paralysie ni analgé-
« sie. La sclérodactylie n'a de commun avec la parésie
« analgésique que les accès douloureux aboutissant à des
« semblants de panaris. Dans la sclérodactylie, les panaris
« avortent toujours ; dans la paralysie analgésique, ils se
« terminent presque toujours par la nécrose des phalanges.
« A côté du pseudo-panaris de Ball vient se placer le
« fait publié par M. le Dr Quinquaud sous le nom de pa-
« naris nerveux (*France médicale*, sept. 1881). Cette affec-
« tion à panaris multiples, comme la parésie analgésique,
« s'en distingue par le genre de terminaison; dans les pa-
« naris nerveux, les poussées se multiplient sur le même
« doigt sans jamais aboutir à la suppuration ; dans la
« parésie analgésique au contraire, le panaris générale-
« ment indolent, ne se montre qu'une fois sur le même
« doigt et aboutit presque toujours à la nécrose d'une
« ou de plusieurs phalanges. »

MARCHE, PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

La marche de la maladie de Morvan est essentiellement progressive. Elle procède par étapes et débute toujours par l'un des membres thoraciques. Le plus souvent, le membre est tout d'abord le siège de douleurs névralgiques intenses qui précèdent quelquefois de beaucoup les autres symptômes, et qui, une fois ces derniers établis, disparaissent complètement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et tantôt un panaris, survenu à la suite d'un traumatisme, ou sans cause connue, tantôt un engourdissement du membre. ouvre la scène et les douleurs névralgiques surviennent plus tard, ou même, ne se montrent pas du tout. Puis on voit apparaître des troubles des divers modes de la sensibilité, de la paralysie et enfin les doigts sont frappés successivement et à intervalles plus ou moins éloignés, de panaris en général indolents et aboutissant presque toujours à la nécrose de la phalange. Après avoir ainsi mutilé l'un des membres thoraciques, la maladie atteint le membre thoracique du côté opposé et procède à peu près de la même façon.

Mais le mal ne s'arrête malheureusement pas là, et il est assez fréquent de le voir gagner les membres inférieurs et produire des déformations des orteils, le mal perforant plantaire, des troubles de la sensibilité et de la

motilité ; en somme, à peu de chose près, les mêmes phénomènes qu'aux membres thoraciques. On voit aussi survenir des troubles sensoriels, tels que : obscurcissement de la vue, affaiblissement de l'ouïe, abolition de l'odorat et du goût, en même temps que des troubles de la sensibilité du côté de la face et de la tête.

La maladie de Morvan est donc une affection qui procède par étapes, et qui a une marche toujours en avant. Essentiellement chronique, elle dure des années et ne semble pas grave au point de vue de la léthalité, puisque jusqu'ici, elle n'a causé la mort d'aucun des malades ; mais, il n'en est pas de même de la curabilité, car la parésie avec analgésie, s'est maintenue constamment et même est allée en s'agravant dans la plupart des cas.

Parfois des lésions intercurrentes viennent aggraver le pronostic ; nous faisons allusion ici, aux troubles trophiques multiples, dont le squelette est le siège : 1° fracture spontanée ; 2° arthropathie ; 3° scoliose.

En effet M. Morvan a observé (obs. IX) une fracture double du tiers inférieur de l'avant-bras, produite pendant un effort, assez peu considérable. Des attelles furent posées et la consolidation eut lieu en un mois.

Dans son premier travail en 1883, M. Morvan n'avait guère fait attention aux lésions articulaires, lorsque M. Prouff publia son observation (obs. XXI) et insista sur l'arthrite sèche que présentait sa malade. Quelques mois, après M. Morvan eut occasion de voir une malade qui présentait une arthropathie, seulement au lieu d'une arthrite c'était ici une luxation incomplète (obs. XVII). L'apparition à date si rapprochée de ces deux arthro-

pathies était faite pour attirer son attention. Il soumit à un nouvel examen, ceux de ses malades qui étaient le plus compromis, mais malheureusement tous ne répondirent pas à son appel et il n'en put voir que quatre (obs. VI, VII, XI, XV) ; les deux derniers ne présentaient rien de particulier du côté des articulations, mais les deux premiers avaient une arthropathie de l'épaule, luxation dans les deux cas, incomplète chez l'un (obs. VI), complète chez l'autre (obs. VII).

Enfin il eut dans ces derniers temps occasion d'examiner un malade atteint d'une paréso-analgésie assez avancée qui présentait une arthropathie de l'épaule (obs. XVIII).

Dans un article publié il y a quelques mois par la *Gazette hebdomadaire*, M. le Dr Morvan (de Lannilis) a étudié d'une façon toute spéciale la scoliose qui accompagne la *paréso-analgésie à panaris*. Après avoir rappelé que M. A. Broca a été le premier à publier une observation où cette coïncidence soit notée, après avoir cité une observation insérée ensuite par le Dr Prouff (de Morlaix) dans la *Gazette hebdomadaire*, M. Morvan, passe en revue les malades qu'il a eu lui-même sous les yeux et il arrive à cette conclusion inattendue que 6 sur 12 sont scoliotiques.

Il y a là un fait des plus intéressants, qui, au premier abord, avait échappé aux investigations si sagaces pourtant de M. Morvan. Une particularité la rend plus remarquable encore. Le sexe masculin est atteint comme par la paréso-analgésie, de préférence au sexe féminin. Cela est en désaccord formel avec ce que l'on sait de la

scoliose de l'adolescence. Cet argument joint à la fréquence de la coexistence, doit faire conclure avec M. Morvan, qu'il s'agit là d'une déviation rachidienne à séparer nettement de cette scoliose, et dès lors l'hypothèse la plus probable est qu'il faut invoquer une lésion trophique des vertèbres, qui affaiblies, s'affaissent par la pesanteur.

Dans la paréso-analgésie à panaris, en effet, il y a des troubles trophiques ostéo-articulaires manifestes. M. Morvan a pris soin de fixer notre attention sur ce point. Au reste depuis les premières recherches de cet auteur, on tend à prouver, semble-t-il, que la paréso-analgésie à panaris est un chapitre de l'histoire de la syringomyélie, affection remarquable par des troubles trophiques divers. Tout cela se trouve étudié en détail dans le mémoire récent que M. Roth a consacré à ce sujet il y a peu de temps, sans insister assez, il est vrai, sur la scoliose signalée dans quelques-unes de ses observations.

Mais dans la note à laquelle je viens de faire allusion M. Morvan émet deux opinions auxquelles nous ne saurions souscrire :

1° M. A. Broca a eu tort, ainsi que M. Prouff de considérer, que la scoliose précède la paréso-analgésie.

2° Les autres maladies du système nerveux central ne s'accompagnent pas de scoliose et ce serait dès lors un fait clinique important.

Sur le premier point le désaccord ne sera pas grand et nous déclarerons immédiatement qu'il n'y a probablement aucune parité à établir entre l'observation de

M. Morvan et celle de M. A. Broca ou de M. Prouff. Dans les deux derniers cas, en effet, on se trouve certainement en présence de scoliose de l'adolescence, avec leur début vers l'âge de 13 ou 14 ans, avec lenr convexité dorsale supérieure droite. Il ne semble point possible d'admettre qu'ici la syringomyélie ait précédé l'incurvation spinale. Bien au contraire dans les faits de M. Morvan, la pathogénie indiquée par cet auteur est certainement la plus probable.

Il semble donc que la scoliose soit un effet fréquent de la paréso-analgésie. Peut-elle être *cause?* Est-ce ainsi qu'il faut interpréter l'observation de MM. Prouff et Broca ; la déviation vertébrale ayant par nn procédé quelconque lésé l'axe nerveux ? Cela est possible, mais non démontré et dans la note qu'a publiée M. Broca en 1885, il n'a donné cela que comme hypothèse : aussi bien ne sait-on pas jusqu'à quel point la scoliose peut engendrer des troubles trophiques et quels troubles. Il est d'ailleurs bien possible qu'il s'agisse de pures coïncidences ; un scoliotique n'est pas, de par sa gibbosité, à l'abri de la syringomyélie et le cumul n'est point défendu. Au reste, le malade de M. Broca peut bien devoir ses accidents actuels au traumatisme intense qu'a subi son membre supérieur droit à l'âge de 28 ans. Dans bien des cas de syringomyélie, en effet, une lésion périphérique — traumatisme ou gelure surtout — paraît être l'origine du mal. Il est vrai que rien de pareil n'existe chez le malade de M. Prouff et que, d'autre part, le début des panaris a suivi de très près la scoliose.

Arrivons maintenant à la seconde opinion de M. Mor-

van : parmi les maladies du système nerveux central, la paréso-analgésie serait seule à créer ainsi des déviations rachidiennes.

Cette proposition est trop absolue. M. Pitres a étudié quelques lésions des vertèbres dans le cours de l'ataxie locomotrice et ce sujet a été repris depuis à Berlin par Koenig. A cela nous pouvons joindre quelques renseignements sur l'état du rachis dans une affection encore peu connue, l'*acromégalie*, que M. Pierre Marie a individualisée il y a peu de temps.

Dans cette maladie bizarre, ou certains phénomènes généraux indiquent la participation du système nerveux central, les os sont atteints à un haut degré. De là, un aspect tout particulier de la face et un gigantisme remarquable des extrémités. Ce gigantisme est d'autant plus frappant que le tronc s'affaisse sous l'influence des lésions des corps vertébraux. Cette gibbosité était très marquée chez un malade dont Brigidi a pu faire l'autopsie complète. Malheureusement les renseignements fournis par l'observation anatomique sur l'état du rachis, manquent un peu de précision.

Une des malades qui a servi de base au mémoire de M. Marie ayant succombé, M. A. Broca a fait un examen complet du squelette et il a distrait pour nous ce qui a trait à la colonne vertébrale, dans cette étude descriptive qui paraîtra bientôt dans les *Archives générales de médecine*. Il est intéressant en effet de rapprocher cette scoliose trophique de celle de la syringomyélie. On notera que la convexité dorsale supérieure est tournée à gauche.

Nous conclurons donc que la scoliose trophique a, dans la paréso-analgésie à panaris une fréquence spéciale, bien mise en relief par M. Morvan. Il reste à l'étudier dans les autres formes de la syringomyélie. Mais elle n'est pas l'apanage exclusif de cette affection. Des déviations vertébrales assez rares, il est vrai, ont été signalées dans l'ataxie locomotrice, par exemple. D'autre part dans l'acromégalie elles sont usuelles et à la cyphose, mentionnée en un seul mot dans les observations cliniques, se joignait certainement de la scoliose chez le malade dont M. A. Broca a pu faire l'autopsie. Cette scoliose trophique était dorsale supérieure à convexité gauche.

DESCRIPTION ANATOMIQUE

Rachis de la femme Héron. (Pour l'observation clinique, voir P. Marie, *Revue de médecine*, 1886, page 297.)

En examinant la colonne vertébrale de face, les disques intervertébraux n'existant plus, on constate immédiatement qu'il existe une forte cyphose avec une scoliose gauche très accentuée. La courbure primordiale, aussi bien pour la scoliose que pour la cyphose, existe au niveau de la région dorsale supérieure. En analysant de plus près on constate l'état suivant : L'axe des vertèbres cervicales est presque vertical. Il présente cependant une légère convexité antérieure et droite. L'axe des trois premières dorsales est fortement oblique en bas et à gauche puis la direction change, au niveau de la 4e dorsale, de là à la 7e dorsale, elle devient fortement oblique

en bas et à droite. La concavité très prononcée a le même point culminant au niveau de la 4ᵉ dorsale. — La région dorsale inférieure (à partir de la 8ᵉ dorsale) et la région lombaire forment une courbe beaucoup moins brusque que la courbe dorsale supérieure. La convexité regarde à droite et en outre il est facile de voir que, comme pour la région cervicale, la convexité antérieure normale est accrue. Il y a donc une courbure principale dorsale supérieure et deux courbes de compensation; une cervicale légère et une dorso-lombaire plus accentuée. Ces déviations marquent leur trace par des déformations des corps vertébraux. Le corps de la 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ dorsales présente au maximum une déformation. Il est affaissé dans la moitié droite, en avant surtout; là la hauteur du corps de la 5ᵉ dorsale n'est plus que 11 millim. Sur les 1ʳᵉ, 2ᵉ, 3ᵉ dorsales la lésion existe, mais moins prononcée, la hauteur minima est de 15 millim. L'affaissement est assez marqué sur la 7ᵉ dorsale.

Cette asymétrie n'est pas la seule. Le corps des vertèbres indiquées a pris une forme triangulaire, d'où une sorte de crête mousse antérieure, mais non point médiane, car elle est plus près de l'arc postérieur droit que du gauche. Cela tient à un mouvement de torsion tel que les apophyses transverses droites sont refoulées en arrière et à gauche.

Les corps de la région dorso-lombaire présentent une asymétrie légère, inverse de celle que je viens de décrire à la région dorsale supérieure. La forme triangulaire reste cependant telle jusqu'à la 1ʳᵉ lombaire que la crête mousse antérieure, presque médiocre et cependant plutôt

déviée à droite. Les quatres dernières dorsales sont surtout aplaties en totalité, en sorte que leur corps ressemble à celui d'une vertèbre lombaire. Ces vertèbres lombaires ont un léger accroissement en hauteur et un élargissement notable. Les bords des faces supérieures et inférieures sont des crêtes rugueuses et spongieuses. La face supérieure des 12e dorsale, 1re, 2e et 3e lombaires présente en son centre une excroissance spongieuse, les corps cervicaux sont symétriques, leur hauteur est normale, mais leurs autres dimensions sont accrues. Sur tous les corps vertébraux on remarque une spongidité considérable et de gros trous vasculaires, et si les dimensions en hauteur ne sont pas accrues comme pour les autres os du squelette cela semble tenir à ce que le tassement s'est fait sur toute la hauteur du rachis et a combattu la tendance hypertrophique.

Faces latérales. — A la région cervicale, il y a une augmentation considérable des gouttières des apophyses transverses. Au dos les extrémités costales des transverses sont volumineuses, rugueuses et spongieuses. Aux lombes, les costiformes sont à peu près normales. Les surfaces costales des corps vertébraux sont affaissées dans la concavité dorsale ; ailleurs, elles sont de dimensions exagérées et entourées de bourrelets rugueux. Les apophyses articulaires ont partout leur surface articulaire élargie à la région cervicale moyenne et au dos, cette surface a environ 15 millimètres de diamètre. A la région lombaire, la surface lisse n'est pas accrue, mais elle est entourée d'un bourrelet rugueux très prononcé.

Apophyses épineuses. — La longueur de la 4ᵉ cervicale est de 2 centim. et sa largueur 18 millim. ; celle de la 4ᵉ dorsale a 32 millim. de long. Il y a hypertrophie de l'extrémité spongieuse de ces apophyses. Les lignes des apophyses transverses et épineuses présentent les courbes déjà indiquées.

Trou rachidien. — De dimension normale.

Trou de l'artère vertébrale. — Élargi.

Trous de conjugaison. — Ne sont pas rétrécis même là où les courhures sont les plus fortes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Avant d'entreprendre l'étude de la pathogénie, il est indispensable d'exposer les quelques notions étiologiques jusqu'à présent connues. Il est vrai qu'elles se réduisent à peu de chose. L'âge et le sexe, en effet, sont à peu près les seules causes prédisposantes sur lesquelles nous ayons des renseignements.

Age. — Au premier abord, en lisant les observations, on voit que la plupart des malades ont dépassé la quarantaine ; mais si on pousse plus loin l'analyse, on constate que le début a eu lieu assez souvent dans la jeunesse. Sur ses sept premières observations, M. Morvan fait remarquer que le début a eu lieu cinq fois entre vingt et trente ans ; les observations ultérieures ont confirmé cette assertion.

Sexe. — Il est indiscutable qu'il y a une prédominence considérable du sexe masculin; « sept contre deux » disait M. Morvan ; vingt-trois sur trente, disons-nous, en comptant toutes les observations que nous avons pu réunir.

M. Morvan a fait, à ce point de vue, une opposition avec le myxœdème et surtout, ce qui est plus intéressant,

car il s'agit ici d'une maladie probablement trophique, avec la gangrène symétrique des extrémités de Maurice Raynaud.

Causes déterminantes. — La prédominance du sexe masculin tient peut être en partie, à ce que parfois l'origine du mal est une cause périphérique, traumatisme ou gelure. Cela est très net dans certaines observations de M. Morvan et pour les gelures nous signalerons en particulier les observations de Czerny (obs. XXIV et XXV). Il ne faudrait pas croire cependant que ces influences soient les seules notées, et il est possible qu'il s'agisse parfois d'une sorte de reliquat des maladies infectieuses. Dans l'observation XXVIII, en effet, le sujet a eu la variole ; il est vrai que l'écart a été considérable entre cette affection et le début des troubles trophiques. Dans l'observation XX, nous notons successivement dans l'enfance, la varioloïde, puis la rougeole et plus tard des fièvres ayant eu l'aspect de fièvres intermittentes. Mais, aucun fait ne semble à cet égard aussi probant que notre observation personnelle, dans laquelle la maladie de Morvan s'est manifestée peu après la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Dans l'observation XXII, due à M. Colleville, de Reims, on peut se demander, s'il s'agit d'une inflammation locale périphérique ou d'une influence générale. Le sujet, en effet, était teinturier et s'il avait constamment les bras plongés dans des liquides irritants, il était en même temps, exposé continuellement à l'inhalation de vapeurs certainement toxiques, dégagées pendant ses

manipulations. Il est donc bien possible que nous nous trouvions là en présence d'une intoxication chimique, que nous pourrions presque opposer à l'intoxication microbienne des maladies infectieuses dont nous venons de parler.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit de la scoliose à propos des complications ; nous signalerons seulement à nouveau la possibilité d'une scoliose agissant à titre de cause. Les faits de ce genre, nous le répétons, sont seulement au nombre de deux jusqu'à présent ; encore dans l'un d'entre eux (obs. XXIX) un traumatisme ultérieur peut-il fournir une explication tout aussi plausible.

PATHOGÉNIE

Tels sont les faits étiologiqués sur lesquels il faut nous fonder en même temps que sur la symptomatologie pour tâcher d'établir la nature de l'affection et son siège premier dans le système nerveux. Deux opinions, en effet, sont en présence ; pour les uns, il s'agit d'une maladie du système nerveux central ; les autres, au contraire, invoquent une altération des nerfs périphériques.

MM. Monod et Reboul, dans leur travail récent, se rallient franchement à la deuxième hypothèse. La névrite périphérique est évidente, disent-ils, et tout le monde leur accordera qu'elle suffit à elle seule pour expliquer les symptômes. La participation de la moelle, au con-

traire, leur semble au moins douteuse ; rien n'autorise à admettre une analogie avec l'ataxie locomotrice. La diffusion et la symétrie des troubles feraient plutôt pencher vers une myélite centrale, « mais si l'on admet-« tait cette localisation, on devrait admettre aussi, des « lésions de la substance grise de la protubérance et du « cerveau, puisque dans une observation (Hanot, com-« munication orale) (1), on a constaté des troubles tro-« phiques et sensitifs dans la sphère de distribution de « certains nerfs crâniens. Il est difficile de penser à une « lésion si étendue, la substance grise cérébro-spinale « donnant lieu à bien des troubles trophiques et sensitifs « assez limités et s'accompagnant de l'intégrité presque « absolue des fonctions organiques et motrices ».

On ne peut donc localiser l'affection dans l'axe cérébro-spinal; tout s'explique bien, au contraire, par la névrite périphérique multiple. La maladie de Morvan ressemble au mal perforant : ne sait-on point, depuis Duplay et Morat, que le mal perforant plantaire est dû à une névrite périphérique? Déjerine et Leloir n'ont-ils pas vu ces lésions nerveuses correspondre à un cas de gangrène multiple de la peau avec anesthésie et ulcérations? Enfin, citons encore les travaux de Leloir, Oppenheim, Francotte, etc. Les recherches expérimentales de Pitres et Vaillard et enfin, pour les intoxications, les phénomènes trophiques, constatés par Leval-Piquechef exposés par Brissaud. Névrite périphérique que tout cela.

Les arguments, sans doute, sont séduisants. Ils s'ap-

(1) Il s'agit de notre observation personnelle.

puient, en outre, sur une autopsie dont MM. Monod et Reboul donneront ultérieurement la description complète. Nous pensons cependant que la discusssion est permise.

Prenons, par exemple, le mal perforant ; nous accorderons — et nous serons en cela à peu près de l'avis de M. Péraire (*Arch. gén. de méd.*, 1886, t. II, p. 26 et 173) — qu'il faut le rapprocher, à certains points de vue, de la maladie de Morvan ; nous acoorderons encore que MM. Duplay et Morat ont constaté l'existence de lésions dans les nerfs périphériques ; mais, ne sait-on pas d'une manière certaine que, névrite et mal perforant sont souvent liés à une affection médullaire, cause du second par l'intermédiaire de la première. Dans l'espèce, il s'agit souvent de l'ataxie, mais des myélites diverses peuvent en produire à peu près autant.

Ce qui nous semble plaider surtout pour l'origine du mal, au moins dans la plupart des cas, c'est précisémeut le début périphérique. MM. Monod et Reboul s'appuient, à un moment donné, sur l'analogie des troubles produits par les névrites traumatiques, mais, dans ces conditions, les lésions trophiques se localisent sur le territoire des nerfs lésés. Supposons, au contraire, que les accidents fassent progressivement, à partir de là, le tour du corps, pour ainsi dire, et nous pensons que le système périphérique devient impuissant à expliquer tout. Or c'est précisément ce qui a lieu parfois ici. Un sujet voit débuter la lésion sur un membre jadis traumatisé, puis c'est le tour du membre symétrique, puis la maladie tend à se généraliser. A notre sens, cette évolution rend bien probable l'envahissement suivant : traumatisme ; névrite ascen-

dante, myélite, puis névrites descendantes multiples.

Maintenant, il est encore certain que parmi les troubles trophiques si nombreux, dont les affections médullaires se compliquent si souvent, la maladie de Morvan a un aspect *sui generis*. Correspondrait-elle donc à une lésion centrale, toujours la même ? « Oui », pour certains auteurs. Dans un mémoire récent, actuellement en cours de publication (*Archives de neurologie*, 1887, p. 368. 1888), M. Roth soutient cette manière de voir. L'ensemble symptomatique que nous avons exposé répond pour lui, à la gliomatose médullaire, appelée par d'autres : syringomyélie. Nous avons vu que les observations de Czerny sont publiées sous cette étiquette.

Cette opinion est admissible, mais non démontrée ; il n'est point certain qu'il s'agisse toujours d'une maladie du système nerveux central. Nous serons les premiers à reconnaître que dans le cas de M. Colleville (obs. XXII), l'intoxication chimique peut avoir retenti tout aussi bien sur le système nerveux périphérique et nous citerons aussi, à ce point de vue, les travaux de Leval-Piquechef et Brissaud. Dès lors, on en arriverait à se demander si nous ne serions pas en présence ici, tout comme pour le mal perforant — pour continuer notre correspondance initiale — d'un ensemble symptomatique, méritant, au nom de la clinique, une description individuelle, mais peut être variable, devant les investigations de l'anatomo-pathologie. C'est précisément pour cela que nous n'avons pas voulu donner à cette maladie un nom qui impliquât la connaissance de sa nature, que nous avons cru devoir la baptiser « *Maladie de Morvan* », ce qui ne préjuge rien.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un ensemble symptomatique essentiellement caractérisé par de l'analgésie atteignant le membre supérieur, une parésie plus ou moins marquée et des troubles trophiques divers, parmi lesquels des panaris multiples sont les plus saillants.

II. — D'après l'ensemble de notre travail et notre observation personnelle, il s'agit là probablement d'une affection des centres nerveux, peut-être une syringomyélie, dont l'existence devra être démontrée ultérieurement par un examen anotomo-pathologique approfondi des centres nerveux.

III. — En attendant une dénomination, seule valable, tirée de l'état parallèle des lésions et des symptômes. Nous proposons d'appeler cette maladie : « *Maladie de Morvan* ».



PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATION I (PERSONNELLE) (1)

Le nommé C... Jean, âgé de 62 ans, charbonnier, entre une première fois le 18 mars 1887 à l'hôpital St-Antoine dans le service de M. le Dr Hanot, salle Aran, lit n° 7. L'interrogatoire fait connaître les renseignements suivants :

Pas d'antécédents héréditaires à noter, soit du côté du père, mort à l'âge de 97 ans, soit du côté de la mère. Deux frères et une sœur bien portants. Le malade a servi pendant 18 ans, et a fait la campagne de Crimée, du Mexique et d'Italie, sans jamais avoir d'autre maladie qu'une légère atteinte de scorbut. Santé parfaite jusqu'à il y a deux ans.

Il y a deux ans, il contracta une fièvre typhoïde qui l'obligea à garder le lit pendant trois mois. A partir de ce moment, sa constitution, jusque-là exceptionnellement vigoureuse, est ébranlée. La respiration est un peu gênée et il s'essouffle rapidement ; il est sujet à des étourdissements et à des épistaxis ; un peu d'œdème malléolaire, s'il se surmène. De plus, dès cette époque, il remarque un affaiblissement notable de son bras gauche.

Les choses restent en l'état jusqu'à il y a huit mois et le malade continue sa pénible profession de charbonnier sans être trop incommodé. Il y a huit mois, le pouce gauche est le siège d'un panaris : incision très douloureuse de ce dernier ; incapa-

(1) La première partie de cette observation a été publiée dans les *Archives générales de médecine*, mai 1887.

cité de travail de cinq semaines. Le panaris est à peine guéri qu'un durillon forcé apparaît au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ; mais cette fois les douleurs sont beaucoup moins vives. De nombreuses crevasses commencent dès lors à se former dans la paume de la main gauche. Il y a cinq mois, panaris du médius gauche assez peu douloureux pour permettre au malade de continuer son travail ; enfin après la guérison de ce dernier, nouveau panaris à l'annulaire, mais cette fois tout à fait indolore. A cette date les crevasses de la paume de la main sont très profondes, saignent facilement dès que le malade manie la pelle, mais elles ne déterminent aucune douleur.

État actuel. — Faciès très coloré, musculature très forte sans trace d'amaigrissement. Le membre supérieur gauche est le siège des lésions caractéristiques de la maladie de Morvan.

Analgésie complète de la main et de l'avant-bras gauches : la sensibilité reparaît un peu au-dessus du coude, mais reste très diminuée dans le bras, l'épaule, la moitié gauche de la face, du crâne, du thorax et de l'abdomen. Cet amoindrissement de la sensibilité frappe également le membre inférieur gauche, mais à un degré moindre que le membre supérieur. L'analgésie s'accompagne d'un peu d'anesthésie et d'une légère diminution de la sensibilité à la température.

Dans tout le côté droit, la sensibilité est absolument intacte, sauf au niveau des doigts où elle est légèrement diminuée.

Les organes de sensibilité spéciale sont intacts. La vision est nette, la sensibilité de la cornée est conservée des deux côtés.

La main gauche est légèrement œdématiée ; la peau est pâle les poils de la face dorsale atrophiés. Les ongles du pouce, du médian et de l'annulaire ont disparu presque entièrement ; ces doigts portent les cicatrices des anciens panaris.

La peau de la face palmaire est très épaissie surtout au niveau de l'éminence hypothénar et de la tête des métacarpiens. Les plis de flexion, surtout les plis métacarpo-phalangiens, sont coupés de crevasses profondes à bords calleux.

Les phalanges ni les métacarpiens ne paraissent atteints. Par contre les extrémités inférieures du radius et du cubitus sont notablement épaissies ; cet accroissement de volume aurait, au dire du malade, débuté à l'époque où survint le premier panaris.

Atrophie manifeste des éminences thénar et hypothénar, ainsi que des muscles interosseux. Les masses musculaires de l'avant-bras ne paraissent pas atrophiées ; il existe néanmoins un peu de parésie de ces muscles ; car les mouvements des doigts sont très difficiles. Les muscles du bras eux-mêmes sont légèrement touchés, le mouvement de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras se fait avec beaucoup moins d'énergie qu'à droite.

Rien de semblable à noter du côté droit ; il n'existe pas de déformation, les téguments de la face dorsale sont souples sauf au niveau des premières et dernières phalanges où ils commencent à s'épaissir un peu. A la face palmaire la peau est épaissie au niveau de l'éminence hypothénar et des phalanges. Plusieurs petites crevasses siègent dans les plis digito-palmaires. Ces lésions ne datent que de cet hiver. La force musculaire est absolument intacte dans le côté droit.

Les nerfs vaso-moteurs du côté gauche dans toute la partie atteinte, participent au processus. Dès que le malade peine un peu trop, le bras gauche et la moitié correspondante du thorax sont trempés de sueur, alors que le côté droit reste sec. La jambe gauche ne participe pas à ces troubles de l'innervation vaso-motrice.

Le malade souffre actuellement d'une bronchite aiguë, surajoutée à un peu d'emphysème. Le cœur est sain, les artères légèrement athéromateuses, sans qu'il y ait de différence à cet égard, entre le côté gauche et le côté droit.

Après un séjour d'environ un mois, les phénomènes trophiques dont la main gauche est le siège sont notablement amendés. Les crevasses sont comblées, l'épiderme s'est aminci et est devenu plus souple. Toutefois la diminution de la sensibilité dans

ses divers modes reste aussi marquée que précédemment; de plus il semble que la parésie ait légèrement augmenté.

Le malade quitte le service dans les premiers jours de mai, en apparence un peu amélioré.

Partie inédite. — Il revient dans le service, salle Aran, n° 5, le 5 janvier 1888. Il nous apprend que depuis sa sortie de l'hôpital il n'a pas cessé de travailler : il était charretier. Mais la parésie du bras gauche avait fait de tels progrès qu'il lui était impossible de harnacher lui-même ses chevaux. Durant tout l'été les crevasses n'avaient pas reparu : dès que commencèrent les grands froids, il y a environ un mois et demi, la main et l'avant-bras gauches s'œdématièrent et peu après se formèrent les crevasses atteignant en peu de temps les dimensions qu'elles présentent aujourd'hui. A noter de plus, que depuis trois semaines environ le membre inférieur gauche est moins fort que jadis. Le malade se fatigue très facilement de ce côté et même boite un peu. Les troubles de la sensibilité ont notablement augmenté depuis le dernier séjour du malade à l'hôpital. L'anesthésie dans les divers modes est complète dans tout le membre supérieur gauche, la moitié gauche du tronc, de la face et du cuir chevelu. On peut impunément enfoncer une épingle dans les téguments ou appliquer une lame de thermo-cautère assez fortement chauffé. Au membre inférieur du même côté, la sensibilité est très diminuée, mais non complètement supprimée. La piqûre d'une épingle détermine une très légère sensation de chatouillement. La sensibilité est mieux conservée à la jambe et au pied qu'à la cuisse. Au côté droit, la sensibilité est intacte même à la main, bien que l'épiderme des doigts et de la paume présente un épaississement notable. Somme toute, les troubles de la sensibilité dans tout le côté gauche sont à peu près ceux que nous avions constatés dans notre premier examen, bien qu'ils soient un peu plus étendus et pour ainsi dire complétés. Mais aujourd'hui la sensibilité générale n'est plus seule atteinte et dans ces derniers mois les organes des sens dont nous avions constaté l'intégrité dans notre dernier examen, sont venus

prendre part au processus ; seuls les organes du côté gauche sont atteints. La vue est très affaiblie dans l'œil gauche. Un brouillard opaque lui masque tous les objets, et l'œil droit fermé, c'est avec une grande difficulté qu'il parvient à distinguer ce qu'on lui montre. La sensibilité de la cornée est abolie, la pupille est intacte. Pas de sensations lumineuses subjectives. Il est à peu près complètement sourd de l'oreille gauche, qui est le siège d'un bourdonnement continu. Il n'entend pas une montre légèrement appliquée contre le pavillon. L'odorat est aboli dans la narine gauche on peut impunément placer à l'orifice de cette narine un flacon contenant de l'ammoniaque. Le goût est détruit dans toute la moitié gauche de la langue. Le malade ne parvient pas à distinguer une solution concentrée de sel marin d'avec du sirop de sucre alternativement placés sur cette moitié de l'organe.

Les altérations musculaires ont elles aussi notablement progressé ? Bien qu'il n'y ait pas d'atrophie (la mensuration donnant les mêmes nombres pour les deux côtés droit et gauche), la force musculaire est presque complètement abolie dans tout le membre supérieur gauche. La pression des doigts est à peine appréciable, le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras sans aucune énergie. Tous les mouvements sont encore possibles mais s'effectuent avec une grande lenteur. Les réflexes sont conservés ainsi que la contractilité électrique sous l'influence du courant faradique. Nous n'avons pas recherché la réaction de dégénérescence, étant absolument incompétent. Il existe également un peu de parésie du membre inférieur du même côté ; les mouvements sont bien moins énergiques à gauche qu'à droite. Le réflexe rotulien est intact. Aux altérations musculaires doivent être rattachés les troubles survenus du côté de la face ; celle-ci est asymétrique ; le côté gauche paraît plus petit, plus ratatiné que le côté droit. L'angle externe de l'œil gauche est légèrement porté en haut et en dehors ; la paupière supérieure est abaissée ; tous ses mouvements se font normalement et il ne paraît pas qu'il y ait de parésie de l'orbiculaire.

La commissure labiale gauche est tirée en bas et en dehors.

Pendant le rire, les deux commissures s'écartent d'une quantité à peu près égale de la ligne médiane. En faisant souffler le malade on ne constate pas de soulèvement de l'une ou l'autre joue. Somme toute la conservation des mouvements dans les deux côtés de la face indique que les muscles ne sont ni paralysés, ni même parésiés. La grimace du côté gauche ne peut guère être mise que sur le compte d'une sorte de contracture des muscles de ce côté ; contracture encore très légère.

Les troubles trophiques sont ceux que nous avions constatés lors de notre premier examen. De profondes crevasses à bords grisâtres, calleux, taillés à pic siègent au talon de la main, entre les éminences thénar et hypothénar et dans les plis digito-palmaires du pouce, de l'annulaire et du médius ; d'autres plus petites dans les plis de flexion des doigts sauf au pouce. Presque toutes les phalanges sont un peu augmentées de volume surtout celles du médius, de l'annulaire et du pouce ; le poignet gauche mesure 19 cent. de pourtour contre 18 cent. pour le poignet droit ; l'épaississement porte surtout sur la tête du cubitus. Les articulations sont saines. Du côté droit les troubles trophiques n'ont pas progressé : à noter seulement un peu d'épaississement de la face palmaire et la présence de petites crevasses dans les plis de flexion des doigts surtout de l'annulaire et du médius. Les troubles de la sécrétion sudorale sont encore tels que lors du premier examen. Nous compléterons enfin cette énumération des troubles trophiques, en notant entre les deux membres supérieurs droit et gauche une différence de 0°,6 en faveur du premier (Droit, 35°,2. Gauche, 34°,6).

1er janvier. En examinant le malade nous découvrons par hasard l'existence, au niveau du coude gauche, en dedans de l'apophyse coronoïde, d'une large plaque érythémateuse avec sphacèle de la partie superficielle du derme dans l'étendue d'une pièce de 0,50 centimes environ. Le malade ne se doutait nullement de cela.

Observation II

Morvan. *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 580 et suiv.

Kerlosq.... Serny, 55 ans (de Guissémy), est vu pour la première fois le 24 septembre 1881.

Il y a dix à onze ans, il fit un effort pour se retenir dans une chute et ressentit une douleur à l'épaule. La douleur était médiocre, mais il fut atteint en même temps d'une paralysie incomplète de tout le membre thoracique correspondant. Pendant les cinq ou six années suivantes, il était pris, tous les trois ou quatre mois, de frissons d'une durée de quelques heures, constamment suivis de fièvre, pendant trois ou quatre jours.

Depuis le début, la paralysie a persisté à peu près au même point. Il y a tout ensemble, paralysie du mouvement et du sentiment La motricité est fortement compromise dans les muscles de l'avant-bras, mais la parésie tend à s'atténuer au fur et à mesure que l'on monte vers le haut du membre. Il y a analgésie complète, non seulement dans tout le membre thoracique gauche, mais encore dans tout le côté correspondant, depuis le sommet de la tête jusqu'au rebord des fausses côtes. Il n'y a pas d'anesthésie. Toute la région analgésiée, est, au moindre travail, le siège d'une sudation excessive, tandis que le côté opposé reste sec. Il y a évidemment paralysie vaso-motrice, ce qui explique les phénomènes suivants : Teinte lie de vin de la pommette gauche en toute saison, mais surtout en hiver; à cette époque aussi de l'année, les doigts de la main gauche prennent une teinte violacée et se couvrent d'engelures ; gerçures profondes au niveau des plis palmaires ; gonflement, empâtement du membre depuis les doigts jusqu'au coude. A des époques indéterminées, il se produit des phlyctènes aux extrémités des divers doigts. Un seul, l'auriculaire a été le siège d'un panaris. Il y a sept ou huit ans, en hiver, il a perdu la phalange unguéale.

Le panaris était douloureux, mais n'empêchait pas le sommeil. L'incision de la pulpe du doigt et l'extraction de la phalange nécrosée n'ont pas été douloureuses. Bonne santé habituelle. Il existe un léger bruit de souffle au premier temps du cœur. Pouls radial régulier à gauche et à droite. Varices très prononcées à la jambe gauche, pas de varices à droite. Jamais d'œdème.

Observation III

Morvan. *Gaz. hebdomadaire*, 1883, p. 580 et suiv.

Abiv.... Jean, 43 ans (Guissémy), cultivateur, se présente le 14 août 1881.

Il a un gonflement de la main gauche qui remonte jusqu'au coude. Il en résulte une véritable déformation. Les doigts portent en été des gerçures profondes au niveau des plis de la face palmaire, gerçures qui vont quelquefois jusqu'à la gaine des tendons. Elles ont d'ailleurs une grande tendance à guérir. L'annulaire, l'auriculaire ont été pris de panaris indolores à diverses époques. Ils se sont terminés deux fois par le nécrose de la phalange unguéale; l'auriculaire seul a échappé à ce genre de terminaison. L'extraction des phalanges nécrosées et les incisions, ont toujours été indolentes. La main et l'avant-bras sont partout insensibles aux piqûres d'épingles. Parésie des muscles de ces diverses parties qui se contractent avec beaucoup moins d'énergie que du côté sain. La paralysie existe depuis déjà longtemps et est restée stationnaire. Le travail aux champs est possible. Le malade fait remonter le début du mal à vingt-cinq ans. Il eut alors, au bras gauche, des crises de douleurs qui se sont fréquemment renouvelées, mais qui ont disparu depuis longtemps. La sensibilité de tout le côté gauche est émoussée depuis la tête jusqu'aux pieds.

Dans les premières années la paralysie avait même touché

le membre inférieur gauche, dont les divers mouvements étaient moins assurés. Aujourd'hui, sous le rapport de la motricité, tout, à part l'avant-bras, est rentré dans l'ordre.

Observation IV

Morvan. *Gaz. hebdomadaire*, 1883, p. 580.

Marie-Anne Tilen... 44 ans, vient me consulter, le 14 août 1881, pour une gale invétérée. La main et l'avant-bras gauches sont enflés, il existe des gercures profondes à la face palmaire de la main et des doigts. Affaiblissement des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts, qui ont peine à garder prise.

La main et l'avant-bras sont insensibles à la piqûre d'une épingle, mais la sensibilité reparaît au bras. Le médius est atteint d'un panaris avec nécrose de la phalange unguéale. Le panaris a évolué sans douleur. Les bouts des doigts sont souvent frappés d'ulcérations en hiver ; le bout de l'annulaire, atteint de la sorte, a subi comme une usure. Le malade a senti les premières atteintes du mal à l'âge de 20 ans. A cette époque, douleurs violentes au bras gauche, qui irradiaient jusqu'aux doigts. Depuis elle est souvent prise des mêmes douleurs. Pendant ces crises, le sommeil n'est possible que par une forte compression du bras. Mariée à 21 ans ; mère de 5 enfants bien portants. Santé générale excellente. Menstruation régulière.

Observation V

Morvan. *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 580 et suiv.

Marie Sal..., 62 ans (de Plouider), mariée à 31 ans, mère de 3 enfants. Ménopause à 40 ans, époque du dernier accouche-

ment. Forte et bien portante jusqu'à 52 ans ; à cette époque elle s'aperçut qu'elle fatiguait plus vite du bras droit, la fatigue se faisait surtout sentir à l'épaule. Puis insensiblement, sans souffrance, tout le membre thoracique droit s'est affaibli et atrophié. On ne peut ni fléchir ni surtout étendre complètement les doigts ; engourdissement plus accusé en hiver. Les doigts sont gros et offrent aux plis palmaires des gerçures en toute saison. Jamais de panaris à la main droite. A l'âge de 57 ans le membre thoracique gauche se prend à son tour sans souffrance ; pas de gerçures, paralysie moins prononcée qu'à droite, mais presque au début panaris indolent, à l'indicateur qui a perdu sa dernière phalange, remplacée par un noyau osseux. Perte de l'ongle sans reproduction. Un an après, nouveau panaris, avec issue de la phalange unguéale et déformation de l'ongle au médius gauche. En octobre 1882, les avant-bras et les bras sont amaigris, atrophiés, mais moins à gauche qu'à droite. Doigts gros des deux côtés avec gerçures à droite. Mains d'une teinte violacée. La piqûre d'une épingle n'est pas douloureuse aux doigts, mais elle se fait sentir au dos et à la paume des mains. Battements faibles, dépressibles, également aux radiales et aux cubitales des deux côtés à 64 ans. Rien au cœur. Santé générale excellente.

Observation VI

Morvan. *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 580 et suiv.

Hel... François, 35 ans (de St-Pabu), pêcheur. Vu le 25 octobre 1881 pour un panaris au médius de la main gauche. Il y a un mois environ, le doigt un peu douloureux; enflure quinze jours après, incision sur le bout du doigt où siégeait un durillon; il en sortit un peu de pus ; guérison. Il y a une semaine, s'étant livré à de grandes fatigues, le gonflement du doigt est

revenu, s'est propagé au poignet et depuis quatre jours la suppuration a reparu. Lors de l'examen, il existe à l'extrémité dn médius une ouverture pouvant admettre une plume d'oie et donnant issue à un pus fétide.

La phalangette est nécrosée. Le doigt est rouge, enflé et chaud, comme tout le poignet, et la plus grande partie de l'avant-bras ; cependant il y a insensibilité de ces parties. Incision de la pulpe du doigt, extraction du séquestre sans la moindre douleur. Il y a trois ans, l'indicateur et l'auriculaire de cette même main avaient été également le siège de panaris, douloureux seulement à l'index pendant deux ou trois nuits, nécrose des dernières phalanges et guérison spontanée au bout de six à huit semaines, après issue des fragments osseux. La main, l'avant-bras gauche et le poignet droit étaient atrophiés et incomplètement paralysés avant la tuméfaction causée par le panaris du médius On trouve en effet non seulement une atrophie et une paralysie des muscles de la main droite, mais encore des muscles de l'avant-bras correspondant. Les éminences thénar et hypothénar, ainsi que les espaces intermétacarpiens, sont fort amaigris. Par suite de cette paralysie, les mains offrent un aspect tout particulier ; elles sont comme étalées et beaucoup plus larges qu'auparavant. La paralysie est inégalement répartie. Complète aux mains, elle ne l'est pas aux avant-bras où elle est plus marquée chez les fléchisseurs que chez les extenseurs des doigts. La faradisation qui détermine des contractions énergiques dans les muscles des deux avant-bras, reste sans action sur les muscles des éminences thénar et hypothénar, et sur les muscles lombricaux. La paralysie à droite comme à gauche n'a pas plus épargné le sentiment que le mouvement. La peau n'y est pas sensible ou l'est à peine à la piqûre d'une épingle. Les bras ont conservé leur force.

La paralysie a débuté à droite il y a cinq ans. Mais elle était tout d'abord peu de chose, elle n'est arrivée que graduellement à droite comme à gauche au point où elle en est aujourd'hui. Jamais de panaris avec nécrose des phalanges à droite. Seule-

ment les extrémités de quelques doigts y ont été à certaines époques le siège d'exnlcérations. On voit des cicatrices légères à la pulpe des doigts indicateur et annulaire. L'ongle de l'indicateur est déformé par suite d'une tourniole. Il se produit toujours en hiver sur la face palmaire des mains et des doigts, généralement au niveau des plis, des gerçures profondes allant parfois jusqu'à la gaine des tendons.

Rien d'anormal ni au cœur ni aux artères des membres supérieurs. On sent battre les radiales et les cubitales aux avant-bras. Santé constamment bonne. Jamais de fièvre. L'appétit s'est toujours maintenu au milieu de ces accidents.

Bien qu'Heb... en sa qualité de pêcheur, ait été souvent exposé aux intempéries, il n'attribue pas son affection à des refroidissements. Pour lui, ce sont des causes traumatiques qui en auraient été le point de départ. Ainsi il y a 5 ans au début du mal il fit une chute et fut projeté violemment sur le poignet droit; les doigts en furent trés endommagés.

Il y a 3 ans, à une époque où le membre supérieur gauche n'avait encore rien, la main de ce côté vint heurter à une branche d'arbre : écorchure à l'auriculaire un peu au-dessus de l'ongle ; quinze jours après ce doigt fut atteint de panaris, le premier en date. A droite, le début du mal fut accompagné de grandes douleurs, c'était comme un froid glacial sur le dos de la main. Mais rien de semblable à gauche. Le panaris de l'auriculaire fut iudolent et il y a d'autant plus lieu de s'en étonner qu'à cette époque la main gauche n'offrait pas trace de paralysie.

Une semaine après la première opération sur le médins (extraction de la phalangette) nous dûmes procéder à une nouvelle extraction, celle de fragments osseux dépendant de la deuxiéme phalange. Les manœuvres nécessaires pour arracher les parties nécrosées qni tenaient encore au reste de l'os furent assez violentes et ne causèrent cependant ancune douleur.

La guérison se fit en quelques jours. Tout gonflement avait disparu au poignet et à l'avant-bras, le médius seul restait un

peu engorgé. La guérison s'était si bien faite que les phalanges nécrosées avaient été remplacées par des os de nouvelle formation. et qu'à notre grande surprise, les mouvements de flexion et d'extension s'étaient rétablis à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

Gazette hebdomadaire, 1887, p. 550.

Paréso-analgésie des deux membres inférieure notablement plus avancée. Mouvement d'élévation du bras gauche, volontaire ou imprimé, guère possible, par rapport à une subluxation de l'épaule en avant Les muscles de l'épaule et du bras ont conservé leur volume et leur énergie. Grand relâchement de la capsule articulaire et probablement usure du rebord antérieur de la cavité glénoïde.

Depuis un an le mal a gagné les membres inférieurs, et commença par un tremblement assez fort avec frissons, soif, inappétence; garde huit jours le lit. Quand il se releva, il y avait affaiblissement du membre inférieur gauche. Quelques mois après même remarque au membre inférieur droit, le malade ne peut fléchir complètement la cuisse sur le ventre, la jambe sur la cuisse, ni le pied sur la jambe. Le phénomène est plus marqué à gauche.

Un peu d'analgésie du membre gauche.

Réflexe olécrânien à gauche n'existe pas.

Au niveau du coude gauche, ulcère arrondi ayant les dimensions d'un franc et l'aspect du mal perforant du pied, survenu à la suite d'une chute. Autour de l'ulcère, les tissus sont œdématiés. Sens musculaire des membres supérieurs, normal; absence des symptômes oculo-papillaires du lobe dorsal.

Observation VII

Morvan. *Gaz. hebdomadaire*, 1883, n° 36.

Oguer, Jean, 47 ans (de Plouguerneau), est vu pour la première fois le 30 octobre 1881. Fort et robuste, il n'avait eu d'autra affection qu'une otorrhée double qui date de son enfance et qui dure encore. Peu intelligent, à moitié sourd par suite de son otorrhée. Il a 4 frères et 2 sœurs généralement bien portants et d'intelligence moyenne ; mais l'une des sœurs, après une vie accidentée, a été renfermée pour cause de folie.

A 27 ans, le malade a été pris au bras droit de douleurs violentes, que l'application de nombreux vésicatoires ne parvint pas à calmer. A 37 ans, abcès volumineux au-dessous de l'épaule droite ; large incision à peine sentie. Guérison en 3 mois, après élimination d'une lamelle osseuse nécrosée, mais la possibilité d'un travail quelconque n'eut pas lieu avant un an. On constate la présence d'une cicatrice adhérente à l'os vers le 1/3 supérieur de l'humérus. Le bras gaucha s'est pris à son tour mais longtemps après.

État actuel du malade. — Côté droit : gonflement. empâtement des doigts, du poignet et même de la partie inférieure de l'avant-bras. Émaciation des masses musculaires à l'avant-bras, au bras et à l'épaule. Les douleurs névralgiques du membre ont cessé depuis quelques années. Les doigts de la main droite, moins le pouce, sont raccourcis, rongés jusqu'à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

La 3e phalange a disparu à tous ces doigts, excepté à l'indicateur qui en conserve un noyau rudimentaire. Doigts ni fermés, ni ouverts, il nous est impossible de les étendre ou de les fléchir complètement. Paralysie à peu près complète des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts. Quelques mouvements sont cependant conservés aux doigts. Les mouvements

de flexion et d'extension sont également très limités au poignet et au coude. Impossible au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras au delà de l'angle droit. Dans toute l'étendue du membre, il y a insensibilité de la peau à la pression, au pincement, à la piqûre des épingles, à la chaleur.

Main froide en toute saison. En hiver elle est glacée. Aujourd'hui, teinte violacée et plus fraîche que l'autre main.

Elle devient exsangue, se décolore complètement quand elle reste plongée dans l'eau froide pendant quelque temps. Gerçures aux plis palmaires des doigts de la main, surtout en hiver. Battements des artères de l'avant-bras faciles à percevoir.

Côté gauche : Les douleurs ont cessé depuis quelque temps à droite, mais bientôt après, c'est-à-dire depuis 4 ou 5 ans, des douleurs semblables névralgiques se sont montrées à gauche. Les doigts, le poignet et le bas de l'avant-bras sont un peu gonflés, mais beaucoup moins qu'à droite. Paralysie des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, moins avancée cependant que du côté opposé. Émaciation des muscles de l'avant-bras ; ceux du bras et de l'épaule ont conservé leur volume et leur puissance. Le pincement et la piqûre des épingles ne sont douloureux ni à la main, ni au bas de l'avant bras, mais au haut de l'avant-bras et au bras la sensibilité est intacte. Le pouce et l'indicateur ont été à intervalle assez long le siège de panaris qui se sont terminés par la nécrose et l'élimination de la deuxième phalange au pouce, et des deux dernières phalanges à l'index. Gerçures, surtout en hiver, à la paume de la main et aux plis des doigts. Battements des artères radiales et cubitales perceptibles comme à droite. Rien au cœur. — *Le 25 janvier 1882.* Depuis 3 semaines panaris au médius gauche, avant le début et au début douleurs vives au bras et au poignet; toute la main et surtout le médius sont chauds, tuméfiés. La température de la main gauche contraste bien avec celle de la main droite qui est glacée. Pouls radial à 60 des deux côtés, mais plus fort à gauche. Température axillaire 36°,6. Le bout du doigt est perforé et

donne issue à un pus fétide annonçant la nécrose de la dernière phalange. Incision pour l'extraction de la phalange ne donnant pas de douleur.

1er février. Médius moins enflé; incision à peu près cicatrisée; sur la face dorsale à la réunion de la 2e avec la 3e phalange, il s'est formé une eschare. Incision, écoulement assez abondant de sang, douleur nulle; extraction d'une portion nécrosée de la 2e phalange. *Le 8 février*. Les deux incisions sont à peu près cicatrisées. L'avant-bras et le poignet sont désenflés. Le médius seul reste encore avec un peu d'engorgement et de chaleur. Température axillaire, 36°,1.

Un an après, *7 février 1883*. Panaris à l'annulaire gauche, datant de plusieurs semaines. Main et avant-bras tuméfiés.

Nécrose de la phalange unguéale; extirpation sans douleur. Guérison lente; dans l'intervalle il se produit une plaque gangréneuse de la peau à la pulpe de l'indicateur gauche qui guérit rapidement, santé générale bonne. Pouls normal.

Gazette hebd., 1887, p. 550.

Vu fin mars 1887. Panaris, a déterminé la nécrose de la dernière phalange restant à l'indicateur droit. Épaule droite très développée; pas de rougeur, pas de douleur à la pression. Articulation claviculo-acromiale détruite; ligaments très relâchés, il y a entre l'extrémité externe de la clavicule et l'acromion un écart de 2, 3 et 4 centimètres suivant les différents mouvements inprimés, ligaments claviculo-coracoïdiens relâchés ou détruits; sous la clavicule à l'endroit où doit être l'apophyse coracoïde, tumeur osseuse arrondie, rugueuse, s'avançant vers la cavité glénoïde et donnant par son volume l'idée de la tête humérale ankylosée, luxation complète de l'épaule. Mouvements du bras limités. Sens musculaire intact. Réflexe olécrânien à gauche à peu près nul. Rien aux membres inférieurs.

Observation VII[1]

Morvan. *Gaz. hebdomadaire*, 1883, n° 36.

P..., François, 43 ans, vu pour la première fois le 30 novembre 1881. Intelligence des plus bornées. Il y a 15 ans à la suite de douleurs névralgiques très fortes à l'avant-bras droit, panaris au pouce de la main droite, avec nécrose et issue de la deuxième phalange, qui est remplacée par un noyau osseux.

Le pouce est raccourci, déformé. L'index et le médius ont eu le même sort que le pouce. Paralysie incomplète des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. Ceux-ci restant toujours en demi-flexion. Une piqûre d'épingle est à peine sentie à l'épaule et au bras, pas du tout à l'avant-bras et à la main.

Atrophie des muscles de l'avant-bras. Ceux des éminences théuar et hypothénar ne sont pas très amaigris. Les courants induits ne causent aucune douleur et déterminent des contractions énergiques dans les muscles du bras, faibles dans ceux de l'avant-bras et des éminences thénar et hypothénar.

Gonflement modéré aux doigts et au poignet, gerçures aux plis palmaires du pouce. Il y a 5 à 6 ans le poignet gauche devint comme glacé et bientôt le médius fut pris d'un panaris : Il perdit les 3 phalanges. Il est rudimentaire, 4 cent. de long avec des noyaux osseux pour phalange. L'ongle est épaissi et déformé. Tous les autres doigts de la main gauche ont pris successivement des panaris et ont perdu au moins la dernière phalange. Les phalanges ont été remplacées par des noyaux osseux.

Paralysie des muscles de l'avant-bras et de la main, moins prononcée qu'à droite. Atrophie de l'éminence thénar ; doigts et poignet engorgés. Le malade a perdu l'œil droit à 26 ans, mais il ne peut dire de quoi. Ulcère à la jambe droite depuis 5 ans. Il y a 3 ou 4 ans, douleurs névralgiques à cette même

jambe et à la suite parésie, anesthésie, analgésie s'étendant jusqu'aux pieds.

Le pied est renversé comme dans le pied-bot valgus. Marche difficile. Depuis quelque temps crampes dans la jambe gauche. Santé générale bonne. Constipation opiniâtre depuis quelques années. Rien au cœur. Pouls normal. Température axillaire à 36°,1.

OBSERVATION IX

MORVAN. *Gaz. hebd.*, 1886, n° 32, p. 32.

Jeanne Morvan, 55 ans, se présente le 6 janvier 1886. Forte constitution. Mariée à 20 ans. 9 enfants. Réglée à 12 ans. Ménopause depuis 5 ou 6 ans.

Avant la ménopause, il y a 9 ans, céphalalgie frontale gauche sans cause connue ; en même temps sensation de froid, qui a persisté, sur le côté gauche de la face et du cou, ainsi que sur le bras gauche. Les mêmee points du corps souffrent aussi de la chaleur. Dans la même région, douleurs névralgiques périodiques, en rapport avec les variations de température. Gauchère, et néanmoins moins forte du bras gauche qui est parésié. Sensibité émoussée par les sensations douloureuses. Il y a six ans, panaris non douloureux à l'indicateur gauche ; perte de la phalangette et d'une portion de la phalangine ; le moignon a conservé l'articulation phalango-phalangénienne. Il y a 4 ans, à la suite d'un *léger effort*, fracture double du 1/3 inférieur de l'avant-bras gauche.

État actuel. — Avant-bras et main gauches gonflés; pas de gerçures. La malade n'en a jamais eu.

Observation X

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1886, n° 32, p. 522.

Jean-Marie Thomas, 43 ans, cultivateur, consulte le 12 juillet 1885 pour une gale invétérée. Main droite étalée avec amaigrissement des éminences thénar et hypothénar ; doigts à moitié fléchis ; redressement complet impossible ; mouvements des doigts affaiblis. Le bas de l'avant-bras amaigri. Le bras droit se fatigue vite et s'engourdit au moindre froid. Sensibilité tactile existe, mais la thermo-anesthésie a diminué. Analgésie très prononcée au bas de l'avant-bras, complète à la main et aux doigts. Il y a 4 ans, panaris douloureux à l'auriculaire, pas de nécrose de la phalange ; mouvements très bornés. En hiver, gerçures profondes à la face palmaire de la main et des doigts.

Côté gauche. — Léger affaiblissement. Analgésie commençante allant s'accentuant du haut de l'avant-bras au poignet. Extension des doigts incomplète. Au niveau du dos de l'article phalango-phalangienne kyste de la grosseur d'une noix. Gerçures à la face palmaire en hiver, pas de panaris, mais l'hiver dernier les ongles du pouce, de l'index et du médius sont tombés à la suite de tournioles. Les ongles du pouce et de l'index déformés.

Il y a 5 ans début à droite, sans cause apparente. Depuis un an seulement affaiblissement à gauche. Peu de grandes douleurs. Surtout engourdissement par le froid et crampes.

Mère morte de phtisie, ainsi que deux de ses enfants.

Observation XI

Morvan, *Gaz. hebd.*, 1886, p. 522.

Marie-Jeanne Stéphan, 48 ans, cultivatrice ; réglée à 14 ans; mariée à 28 ans ; 4 enfants, pas de maladies antérieures. Sa mère, morte à 72 ans, avait un affaiblissement des poignets, deux ans avant sa mort, qu'on ne sait à quoi attribuer. A 34 ans, à la suite d'un léger effort, douleur assez vive au bras gauche vers le coude, qui dure une semaine. Puis le poignet enfle et il y survient un furoncle dont on voit la cicatrice. Elle en souffrit à peine.

Il y a 10 ans, pendant une grossesse, panaris non douloureux au pouce gauche, nécrose de la phalangette. C'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de la paralysie à gauche. Il y a 6 ans, au médius gauche, panaris indolent, incision sans douleur et élimination spontanée de la phalangette. L'annulaire très rétracté ; luxation ancienne non réduite de la phalangine à la suite d'un abcès, survenu il y a quelques années à la paume de la main, vers l'extrémité supérieure de la première phalange. Est-ce un troisième panaris ? Pas de séquestre. Émaciation du poignet gauche, les muscles interosseux atrophiés. Mouvements des doigts bornés : ceux d'extension de l'avant-bras et d'élévation du bras incomplets ; atrophie des muscles de la main, de l'avant-bras et partiellement du bras. Sensibilité émoussée à l'avant-bras et au bras, à peu près éteinte au poignet.

A droite. — Mêmes phénomènes, mais à un degré moindre. Santé générale bonne. Il y a un mois hémorrhagie intestinale qui dure huit jours. La malade est anémiée.

Léger affaiblissement des extrémités inférieures ; la jambe gauche qui a été enflée jusqu'au genou, est restée engourdie. Température axillaire, 37°.

En hiver les mains s'engourdissent et se couvrent facilement d'engelures. Jamais de gerçures. Les courants induits déterminent des contractions musculaires assez énergiques partout excepté aux mains.

Observation XII

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1886, p. 523.

Bodenec, Jean, 33 ans, cultivateur, vu le 7 mai 1884.

Il y a quatre ans, affaiblissement du bras gauche qui est allé sans cesse en augmentant. La parésie plus prononcée en hiver qu'en été. Paralysie des muscles du poignet et de l'avant-bras.

La main ne s'ouvre et ne se ferme qu'incomplètement. Atrophie notable des muscles de la main et de l'avant-bras. Gerçures au niveau des plis palmaires. Analgésie complète aux doigts et à la main; à peu près complète à la partie inférieure de l'avant-bras.

Main droite. — Gerçures profondes vers les plis palmaires du pouce et de l'index. Commencement d'analgésie à la main et à la partie inférieure de l'avant-bras. Pas de parésie. Jamais de panaris à la main gauche, mais il y a quatre ans environ, panaris peu douloureux de la pulpe de l'annulaire à la main droite. Il y a trois ans, gerçure profonde de l'annulaire gauche au pli digito-palmaire. En hiver, engelures qui s'ulcèrent à la main gauche; engourdissement du membre supérieur gauche.

Température axillaire, 36°,7. Santé générale bonne. A l'âge de 14 ans, forte contusion de l'avant-bras gauche.

Observation XII

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1886, p. 587.

François Senant, 27 ans, cultivateur, vu le 3 août 1884.

Antécédents héréditaires : Rien à noter.

Antécédents personnels : Rien à noter.

Depuis huit ans, douleurs violentes au bras droit. Deux panaris, le premier, il y a six ans, au pouce, et le second, il y a deux ans, à l'index ; perte des deux phalangettes sans grande souffrance. Aujourd'hui gerçure profonde au premier pli palmaire du médius droit et abcès dans le milieu de la paume de la main ; en même temps gerçures assez profondes au troisième pli du même doigt. Le malade dit avoir constamment des crevasses semblables été comme hiver. Anesthésie plus ou moins prononcée des doigts, de la main, de l'avant-bras, du bras, du cou et de la face. Pas de trace de parésie. Motricité intacte.

Température axillaire, 36°,6. Santé générale bonne.

Revu le 14 mars 1886. Gerçures profondes au premier pli palmaire du médius et au deuxième pli palmaire du pouce.

Depuis quelques semaines éruption d'eczéma impétigineux, ayant donné lieu à des croûtes épaissies. Marié depuis un mois.

Onctions avec glycéré d'amidon au précipité rouge ; liqueur de Fowler, neuf gouttes par jour.

Un mois après, grande amélioration.

Observation XIV

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1886, n° 33, p. 537.

Jeune homme de 22 ans. Jamais été malade. Depuis 2 ans, gerçures profondes à la paume de la main gauche, été comme hiver ; jamais à droite.

État actuel. — Crevasse entre éminences thénar et hypothénar, une autre au pli transversal supérieur de la paume et enfin une troisième au pli digito-palmaire. Jamais encore de panaris. Au début, douleurs lancinantes assez vives au-dessus du coude droit et au côté externe de l'avant-bras. Depuis, transpiration au côté gauche, pour le moindre effort, l'hyperhydrose occupe la partie supérieure du corps seulement. L'an dernier éruption d'eczéma impétigineux au cuir chevelu, à gauche. Toutes ces parties, atteintes d'anesthésie dans une certaine mesure. Analgésie, mais pas de parésie.

Observation XV

Morvan. *Gaz. hebd.*, n° 33, 1886, p. 538.

L..., 22 ans, vu le 14 juin 1886 ; jamais été malade ; à 15 ans blessure à l'index droit un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, avec une faucille. Depuis, main sujette aux gerçures.

Au mois de mars dernier, gerçure profonde au pli digito-palmaire du petit doigt ; propagation de l'inflammation à travers le poignet jusqu'à l'avant-bras, produisant un gonflement de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras ; douleur modérée.

État actuel. — Main droite enflée largement étalée ; gonflement dur, remontant sur l'avant-bras. Éminences thénar et hypothénar amaigries. Plaques épidermiques épaisses dans la paume de la main. Gerçures profondes à la face palmaire des doigts, sauf à l'annulaire. Ongles déformés, striés, au pouce et à l'index. Jamais de panaris. Main et avant-bras moins sensibles qu'à gauche, Affaiblissement du membre. Ses doigts s'ouvrent sans qu'il en ait conscience. Santé générale bonne.

Observation XVI

Morvan. *Gaz., hebd.*, 1886, n° 33, p. 538.

G..., 42 ans, vu le 30 mai 1886. Main droite étalée, décharnée dans les espaces interosseux, avec gonflement des doigts. Face palmaire : gerçures à peu près cicatrisées. Il y a deux ans panaris douloureux au pouce, compliqué d'artbrite phalango-phalangienne. Éminence thénar atrophiée. Membre supérieur droit affaibli ; amaigrissement musculaire au bras et à l'avant-bras. Sensibilité tactile douloureuse et thermique fort émoussée dans toute l'étendue du membre thoracique droit. Le malade n'a jamais subi au bras droit de choc, de violence.

Observation XVII

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1887, n° 34, p. 549.

Joséphine V..., 45 ans, vient chez moi dans les premiers jours de février 1887. Vieille fille, cuisinière, de chétive apparence, grêle et maigre ; réglée à 18 ans d'une manière régulière, mais jamais abondamment ; ménopause il y a 6 mois.

Famille peu vivace ; des 7 frères et sœurs qu'elle a eus tous ont péri en bas âge à l'exception d'une sœur de 55 ans qui se porte bien et d'un frère plus jeune qui est malade de la poitrine. La mère a vécu jusqu'à l'âge de 71 ans ; le père est mort à 42 ans de fièvre paludéenne, lui a-t-on dit. Elle est atteinte d'affaiblissement des deux extrémités supérieures. C'est le côté gauche qui s'est pris tout d'abord, il y a de cela 2 ans. L'affection du côté droit ne remonte qu'à 6 mois. Amaigrissement très marqué des deux avant-bras ; bien que la malade soit gauchère c'est le côté gauche, le premier pris qui est le moins gros. Atrophie des muscles interosseux ainsi que des éminences

thénar et hypothénar aux denx mains ; cependant à droite, l'éminence thénar est encore peu atrophiée. Ses mains décharnées sont en griffe. Les mouvements d'extension des doigts sont plus atteints que les mouvements de flexion. Ceux du ponce droit sont mieux conservés. Il lui est impossible de redresser complètement les doigts. Malgré tout, elle peut encore vaquer à ses travaux de cuisine.

Rien aux muscles des bras; on étend et on fléchit comme jadis l'avant-bras sur le bras. Mais les mouvements d'élévation du bras droit sont impossibles sans le secours de la main gauche, non par suite d'un affaiblissement du deltoïde, mais par suite d'une luxation incomplète de l'épaule, la tête de l'humérus étant chassée en avant sous l'apophyse coracoïde. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que la tête de l'humérus étant repoussée en arrière et remise en place, la malade élève et abaisse le bras plusieurs fois de suite sans le seconrs de l'autre bras. La réduction étant des plus faciles. Malheureusement la sub-luxation se reproduisait avec la même facilité et l'impuissance dans les mouvements de l'épaule reparaissait aussitôt.

La déformation, la dépression de l'épaule était moins marquée ; pas de rugosités à la tête de l'humérus qui était lisse et arrondie ; pas de craquements dans les mouvements qu'on lui imprimait.

Outre la parésie il existait de l'analgésie aux 2 membres thoraciques à partir du coude. Incomplète à la partie supérieure de l'avant-bras, l'analgésie s'accentue de plus en plus en descendant de façon à être complète au bas de l'avant-bras et à la main. Le pouce droit seul fait exception, il y existe encore une sorte de sensibilité. Partout ailleurs la piqûre de l'épingle, le pincement ne se fait pas sentir. La malade qui est cuisinière, comme nous l'avons dit, plonge les mains dans l'eau bouillante et se brûle sans en avoir conscience.

Elle n'a jamais eu de panaris, jusqu'à présent, mais elle a constamment des gerçures assez profondes aux plis palmaires de la main et des doigts depuis 2 ans à gauche et depuis 6 mois

à droite, c'est-à-dire depuis l'apparition du mal à chacune des extrémitée. J'en conetate un certain nombre à chaque main.

La malade m'assure qu'elle n'en avait jamais auparavant et que d'ailleurs l'action du froid serait étrangère à la production des gerçures qui se montrent aussi bien en été qu'en hiver. Le début du mal qui est évidemment un cas de parésoanalgésie des extrémités supérieures, ne s'est pas accompagné de douleurs névralgiques. Il ne s'en est produit et ne s'en produit jamais à gauche; il en est autrement à droite où des élancements douloureux ont lieu fréquemment à la partie interne du coude.

La malade accuse depuis nn an nn affaiblissement du membre inférieur gauche ; point d'amaigrissement apparent du membre. Elle fait des chutes fréquentes, depuis lors la jambe gauche se trouvant toujours en faute. On y constate à l'épingle nne diminution manifeste de la sensibilité. Rien de semblable à droite.

La paréso-analgésie est une affection à marche progressive, mais dans les cas observés jusqu'alors, l'extension avait d'abord lieu d'un côté à l'autre et le mal n'envahissait l'un des membres abdominaux qu'après avoir occupé les deux extrémités thoraciques.

Chez Joséphine V... les choses se passent différemment : il y a deux ans, le membre supérieur gauche est pris, puis un an après c'est la jambe correspondante, et il y a 6 mois seulement qu'arrive le tour du membre supérieur droit. Par exemple, la paralysie est ici bien autrement prononcée qu'à la jambe. Quant au sens musculaire et au sens tactile ils persistent tous les deux. Les yeux bandés, la malade trouve facilement et du premier coup avec l'une et l'autre main les points du corps qu'on lui indique. Elle désigne aussi sans la moindre hésitation les parties que je touche. Donc analgésie mais sans anesthésie. Rien du symptôme de Romberg. Rien des troubles signalés du côté des yeux dans le tabes dorsal.

Réflexe rotulien conservé. Sa santé générale n'a pas souffert, elle est passable et reste ce qu'elle était ; on mange et on dort.

On ne sait à quoi attribuer le mal ; pas de traumatisme pour l'expliquer.

Vue pour la 2e fois un mois après. Jour de la 2e visite, entre les gerçures habituelles à la face palmaire des mains elle présentait à la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire gauche une ulcération arrondie de petite dimension qui avait succédé, disait-elle, à une phlyctène et rappelait assez l'aspect du mal perforant du pied.

Observation XVIII

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1887, n° 34, p. 551.

Le G..., 52 ans, forte constitution. Père mort à 62 ans, d'apoplexie ; mère à 59, des suites d'une fièvre paludéenne ? Trois frères dont un seul survit. Il a 54 ans, se porte bien. Il ne sait me dire ni de quelle maladie ni à quel âge les autres sont morts. Il y a 16 à 17 ans, il a été pris de la main droite, dont les mouvements étaient devenus moins libres, qu'il sentait un peu paralysée, me dit-il. Depuis lors, cette main a été couverte de gerçures à toutes saisons, mais principalement en hiver.

Les gerçures qui sont longues et profondes occupent les plis naturels de la face palmaire de la main. Il ne me signale pas l'existence à cette époque de douleurs névralgiques au membre supérieur droit. Il y a 10 à 11 ans il eut à l'indicateur droit un panaris qui envahit les deux dernières. L'incision, et les manœuvres nécessaires pour enlever les séquestres furent sans douleurs. Le malade est très affirmatif à ce sujet.

Au moment de notre examen, la main droite qui est largement étalée est le siège d'un engorgement dur qui remonte jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. Ses mucles interosseux et ceux des éminences thénar et hypothénar sont atro-

phiés d'une manière marquée. L'analgésie conetatée à la piqûre de l'épingle est incomplète à la paume et au dos de la main : elle n'est complète qu'aux doigts. L'index est déformé, il porte les traces de son ancien panaris ; le pouce offre des calloeitée à la face palmaire et au pli de la baee une gerçnre en voie de cicatrisation. Ni parésie ni analgésie au-dessus de la main ; les muscles de l'avant-bras et du bras ont conservé leur force et leur développement.

Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont conservés excepté à l'index qui reste toujonrs dans l'extension ; il en est de même des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Mais ceux de l'épaule sont bornés. Bien que le deltoïde ne soit nullement atrophié, les mouvements d'élévation volontaires ou imprimés ne vont pas au delà de l'horizontale. Cela tient à l'existence d'une arthrite sèche qu'accusent la raideur de l'articulation et les craquements déterminés par lee mouvements de l'épaule.

L'épaule n'est pae sensiblement déformée, pas de tuméfaction. Cependant quand on porte le coude en arrière, la tête de l'humérus fait une saillie en avant, plus prononcée à droite qu'à gauche.

On ne peut pas dire encore qu'il y a subluxation mais évidemment la capsule est relâchée et il y a tendance à la luxation.

Le malade ne peut préciser l'époque où l'épaule s'est prise. Il sait seulement que depuis quelques années il a au bras des douleurs dont le point de départ est à l'épaule et qu'exaepèrent les changements de temps. Rien au membre supérieur gauche.

Mais si nous paseons aux membres inférieure nous trouvons une claudication à droite; le malade avait les pieds plats, il n'en marchait pas moins bien, ne se fatiguait jamais, lorsque à la suite d'une chute d'un lieu élevé, 5 à 6 mètres, il est devenu boiteux. Il ne eemble pas qu'il y ait eu ni fracture ni luxation de la hanche; c'était sans doute une entorse qui avait laissé derrière elle une raideur de l'articulation coxo-fémorale. Les mou-

vements imprimés à l'articulation sont assez limités mais ne causent aucune douleur. Les muscles du membre ont conservé leur développement et on ne s'explique pas bien les difficultés très sérieuses que le malade éprouve à la marche. Sa chute remonte à une douzaine d'années ; depuis lors, la claudication est toujours allée en augmentant. S'il avait eu quelque atrophie des muscles j'aurais songé en l'absence de douleurs à un commencement de paralysie. On a travaillé jusqu'à présent ; mais on voit pour un avenir prochain l'impossibilité de continuer à travailler aux champs. La santé générale a toujours été très bonne.

Rien des phénomènes oculo-pupillaires signalés dans le tabes : absence des symptômes de Romberg et de Westphal.

Observation XIX

Morvan. *Gaz. hebd.*, 1887, n° 34, p. 553.

S., 53 ans, cultivateur. Depuis longtemps gerçures profondes aux plis palmaires de la main gauche. Deux d'entre elles ont dû être pénétrantes, car l'index et l'auriculaire sont rétractés. Un panaris gangréneux douloureux en mars 1887 à l'auriculaire gauche. Amputation. Il y a un mois, panaris peu douloureux du médius ; nécrose des deux dernières phalanges. Incision douloureuse pour en faire l'extraction. L'avant-bras gauche (S. est gaucher) plus gros que le droit, pas de parésie ; commencement d'analgésie. Santé générale passable ; toux et oppression par suite d'emphysème pulmonaire.

Observation XX

Guelliot. *Gaz. hebdomadaire*, 1883, p. 662.

Collet (Jean-Baptiste), 54 ans, apprêteur, entre à l'Hôtel-Dieu (salle St-Thomas, 56), le 1er septembre 1883.

Antécédents héréditaires. — Mère prise d'aliénation mentale vers 50 ans, après son *vingt et unième* acconchement, morte 15 ans plus tard.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, varioloïde et rougeole ; à 47 ans, pleurésie gauche. Vers l'âge de 16 ans, le malade aurait eu des fièvres ayant beaucoup d'analogie avec les fièvres intermittentes, mais il a été impossible de s'en assurer car le malade peu intelligent n'a pu nous éclairer sur ce point ; de 1852-54 il a travaillé aux terrassements du chemin de fer et n'en a aucunement pâti. Pas de signes d'alcoolisme.

État actuel. — Maigre, osseux, emphysémateux, dyspeptique, le malade entre à l'hôpital pour une poussée de bronchite. Mais ce qui frappe surtout chez lui, c'est l'aspect de sa main gauche. Cette main est déformée, et chaque doigt a plus ou moins perdu son aspect normal. L'*auriculaire* est un peu plus fléchi dans son articulation phalango-phalanginienne, beaucoup plus dans son second article ; l'extrémité est petite, atrophiée ; l'ongle participe à cette atrophie. Le malade fait remonter la déviation à nn accident dont sa main aurait été atteinte, en 1861 ; cependant il avoue que le doigt n'avait pas été directement intéressé. La peau, surtout à la région dorsale est lisse, épaisse et blanche. L'*annulaire* est représenté par un moignon à extrémité nette. En avril 1882, ulcération transversale au niveau du pli palmaire inférieur ; la main était souvent le siège de semblables crevasses surtout en hiver ; mais celle-ci se creusait et donnait lieu à des écoulements sanguins abondants ; la douleur était vive, la main et l'avant-bras étaient enflés. Désarticulation des deux dernières phalanges ; guérison au bout d'un mois. Quelque temps après, le *médius* fut contusionné, il s'y développa un panaris superficiel qui fit tomber l'ongle Ce doigt est en massue, à peau lisse et blanche, surtout à l'extrémité ; l'ongle est rudimentaire. En juin dernier, l'*index* est piqué par un chardon, quelques jours après, l'extrémité du doigt commence à enfler ; il s'y forme une plaque de gangrène. Une incision est faite sur la face dorsale *sans que le patient ressente*

de douleur et la phalangette est extirpée. Aujourd'hui ce doigt est déformé, large, irrégulier ; la phalangine paraît s'être en partie résorbée.

Enfin le *pouce* a sa phalangette luxée en arrière. Au dire du malade ce doigt aurait été pris dans une roue en 1878, d'où production d'une plaie dorsale ; la déformation se serait effectuée peu à peu dans la suite. En 1861, le malade aurait eu la main prise sous un rouleau ; probablement, fracture de la région métacarpienne, sans plaie ; guérison au bout de six semaines, nulle trace sauf une subluxation du trapézoïde en arrière. La sensibilité a totalement disparu sur la face dorsale des doigts, de la main et de l'avant-bras, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du poignet; la sensibilité réapparaît brusquement sur les bords interne et externe de la main. En hiver la main gauche se refroidit facilement, devient blanche puis bleue et est alors le siège de douleurs assez vives. Température dorsale 30°,6 à gauche ; 31°,2 à droite. Un peu d'affaiblissement du membre, pas d'atrophie musculaire. La peau des doigts est lisse, blanche, épaisse, scléromateuse par places. A la face dorsale des deux mains, elle est sèche, brillante, à rides transversales. A *droite*, les têtes des phalanges sont volumineuses ; les doigts, surtout le cinquième, sont un peu monoliformes. La peau de la face palmaire est sclérosée et il s'y est produit à plusieurs reprises des crevasses. Sensibilité des jambes normale ou un peu exagérée ; la peau est le siège de troubles trophiques ; elle se desquame : elle est rugueuse, assez épaisse avec de véritables plaques symétriques *d'ichtyose* au niveau des tendons rotuliens et du cou-de-pied. Pas de déformations des orteils, mais les ongles sont épais, cassants et écailleux.

Artères non athéromateuses. Urine normale.

Observation XXI

Prouff (de Morlaix). *Gaz. hebdomadaire*, 1887, p. 249.

Catherine Poupon (de Plougasnou), 56 ans, célibataire, nous consulte en juillet 1886 pour un panaris de la deuxième phalange de l'annulaire droit, à première vue, l'attention est sollicitée par l'aspect de ses deux mains mutilées et l'idée d'une paréso-analgésie de Morvan se présente immédiatement à l'esprit.

En effet, à la main droite, le pouce a perdu sa deuxième phalange ; l'index et le médius, leurs deux dernières phalanges ; l'annulaire est intact mais la deuxième phalange est pliée à angle droit sur la première ; le petit doigt est intact aussi, mais toutes les phalanges sont repliées les unes sur les autres.

A la main gauche, le pouce a perdu l'ongle remplacé par une petite corne en forme de virgule ; l'index sa troisième phalange, le médius et l'annulaire ont perdu l'ongle ; le petit doigt est intact mais comme les autres doigts de cette main il est replié en dedans. — A l'une comme à l'autre main l'extension volontaire ou forcée est impossible. On se sent arrêté par la rigidité de la peau autant que par les tendons.

Peau. — A la paume, la peau est calleuse, presque cornée et présente à plusieurs plis articulaires, des traces de crevasses profondes.

A la face dorsale, la peau est assez souple, mais très tendue sur des moignons épais. La position déclive ou le froid y développent rapidement une teinte cyanotique.

Sensibilité. — La sensibilité à la piqûre est abolie aux deux avant-bras jusqu'à 5 ou 6 centimètres dn coude.

Abolie aussi la sensibilité thermique.

Catherine Poupon joue impunément avec le feu et l'eau bouillante. Le froid cyanose les mains, mais n'est pas senti.

Mobilité. — En revanche il y a eu à diverses reprises des dou-

leurs spontanées snr lesquelles nous reviendrons. Le membre droit est très mnsclé dans toutes ses parties et de force peu commune. Catherine Poupon est droitière. Le gauche est encore bien musclé, bien qu'inférieur de 2 ou 3 centim. au bras droit. La vigueur est pour le moins ordinaire; mais les éminences thénar et hypothénar et les interosseux sont fortement atrophiés. Aux membres inférieurs la motilité et la sensibilité sont intactes. Ainsi donc voilà une femme qui est analgésique aux deux membres supérieurs et qui a eu les deux mains ravagees par des panaris successifs. Elle n'a pas eu de paralysie musculaire, il est vrai, ni d'atrophie ailleurs que dans la main gauche, mais malgré cette particularité intéressante le diagnostic s'impose et M. Morvan, à qui nous avons eu la bonne fortune de la montrer, l'a sans hésiter reconnu pour un de ses cas de paréso-analgésie.

Comment se sont développés chez Catherine Poupon ces troubles trophiques et sensitifs?

Dans les ascendants on ne trouve ni fous ni paralytiques. Elle a eu 2 frères et 2 sœurs bien portants dont l'un vit encore. Elle-même a été d'une bonne santé habituelle et est encore d'une vigueur plus qu'ordinaire.

Vers l'âge de 12 ans une scoliose droite s'est établie peu à peu sans douleur, sans aucun accident. C'est à cette même époque que pour la première fois l'annulaire droit a été pris de panaris de la pulpe. A vingt ans ce fut le tour de l'index et du médius droits ensemble. Cette fois le mal dura dix mois. L'amputation du poignet fut proposée et refusée. Chacun des deux perdit ses deux dernières phalanges et la guérison se fit. A 23 ans, le pouce droit perdit sa dernière phalange à la suite d'un nouveau panaris, et depuis lors est resté rétracté. A 40 ans, la main gauche se prend : les 3 doigts du milieu successivement.

L'index y a laissé sa dernière phalange ; les deux autres ont eu des panaris de la pulpe. Tous les trois, aprés fusées des gaines, sont rétractés dans la paume de la main.

A 55 ans, panaris du pouce gauche, traînée phlegmoneuse jusqu'à l'avant-bras. Pouce et petit doigt restent rétractés.

A 56 ans, panaris osseux de l'auriculaire et c'est à ce moment que pour la 1re fois nous voyons Catherine Poupon. Remarquons que jamais elle n'a subi aucun traumatisme. Nous avons dit que les 2 membres supérieurs étaient analgésiques jusqu'au coude et en effet nous avons pu inciser le panaris, explorer l'os dénudé sans que la malade accuse aucune douleur. Guérison normale avec élimination des deux extrémités de la 2e phalange.

L'évolution de chacun de ces panaris au contraire a été très douloureuse et franchement fébrile. Dans l'intervalle même des panaris Catherine Poupon a souffert de l'épaule et du bras droits, fort peu du côté gauche. Nous allons en voir la raison.

En examinant notre malade avec nous, en octobre 1886, M. Morvan remarqua qu'elle avait l'articulation scapulo-humérale droite atteinte d'arthrite sèche caractérisée par un gonflement notable de la région, l'existence d'hydarthrose et de craquements articulaires et le peu d'étendue des mouvements volontaires ou imprimés. Fait remarquable, le deltoïde et les autres muscles périarticulaires ne sont nullement atrophiés. Les douleurs du bras peuvent être attribuées à cette arthrite.

M. Morvan fit encore sur cette malade une autre remarque. Le sens musculaire était aboli au bras droit et très diminué au bras gauche, car Catherine Poupon, les yeux fermés, ne peut avec ma main retrouver son autre main, ni une partie quelconque qu'on lui indiquait. La nuit, elle est incapable de s'habiller sans lumière.

Observation XXII

Colleville (de Reims). *Gaz. hebd.*, 1887, p. 344.

Julien H..., apprêteur, âgé de 34 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 16 octobre 1886 et sorti le 15 décembre. Aucun antécédent pathologique héréditaire et personnel. Aucune

trace spéciale de nervosisme ; pas de syphilis, pas de rhumatisme ni d'alcoolisme.

Il a été soigné à l'hôpital de Saint-Quentin, il y a sept ans, pour panaris douloureux de l'annulaire et de l'auriculaire avec phlegmon de la paume de la main droite ; il fut malade pendant deux mois. Il en est sorti avec une flexion complète des diverses phalanges de ces deux derniers doigts, les unes sur les autres ; on voit également une corde fibreuse provenant d'une cicatrice vicieuse se dessiner sous la peau au niveau de la région hypothénar. Dans la suite, il peut se livrer de nouveau à ses occupations sans ressentir aucune douleur ni gêne autre que celle provenant de l'impossibilité de mouvoir les deux doigts en question. Depuis cinq ans il est entré dans une teinturerie. Il était chargé spécialement de recevoir les tissus encore humides et imprégnés de solutions tinctoriales, puis de les plier ; ensuite il les portait sur l'épaule droite pour les déposer dans un magasin spécial. Les vapeurs d'acide et particulièrement d'acide sulfurique fumant employé dans l'art de de la teinture, lui occasionnaient ainsi qu'à ses compagnons d'atelier des symptômes de conjonctivites répétées, de coryzas, d'accès de suffocation avec quintes de toux spasmodique et rejet de crachats spumeux teintés de filets de sang, enfin de l'irritation gastro-intestinale se caractérisant par de l'anorexie, des vomissements avec sensation de brûlure à l'estomac et diarrhée. Aussi les ouvriers restent-ils rarement plus de deux ans dans ces établissements.

Notre malade y a séjourné pendant cinq ans. Durant les trois premières années, il a éprouvé les diverses affections que nous avons mentionnées, affections passagères qui cédaient à un repos de quelques jours en dehors de l'atelier. Il s'était plaint également de la nuque du côté gauche, douleurs mal définies, très vives et continues avec recrudescence à certains moments de nature probablement névralgique. Elles durèrent environ sept à huit mois, puis elles disparurent pour reparaître encore de temps à autre. Depuis deux ans, il a com-

mencé à ressentir des picotements et des fourmillements d'abord dans la main gauche, puis successivement dans l'avant-bras et le bras du même côté. Une année plus tard, les mêmes phénomènes, en suivant une évolution analogue se sont montrés sur le membre thoracique droit. Lorsque par suite de son travail, il lui survenait une petite écorchure aux doigts, elle était toujours très longue à guérir. Les brûlures qu'il se fait fréquemment ne lui procurent aucune douleur.

Aux deux pouces, il y a huit mois, à la suite de plaies provenant de brûlures superficielles, apparurent deux panaris non douloureux qui ont duré chacun plus d'un mois et qui se sont terminés par la chute de la dernière phalange. Il y a un mois et demi le médius du côté gauche fut atteint à son tour et la phalangette tomba également sans que le malade ressentît aucune souffrance.

État actuel de la main gauche : le creux de la main est conservé ; pas de méplats spéciaux à signaler. A la paume de la main, aucune trace de gerçure ni de cicatrices, sauf au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et de celle du médius. La phalangine du pouce s'est éliminée spontanément et la tête de la phalange recouverte par les téguments présente un renflement en forme de tête de massue. Sauf quelques durillons à la face palmaire de l'index, rien de particulier à noter. Le médius a une forme cylindrique. Les téguments à partir de la phalangine jusqu'à l'extrémité du doigt sont violacés, indurés ; dystrophie de l'ongle et tendance à sa chute spontanée. L'annulaire présente sur sa face dorsale au niveau de la phalangine et de la phalangette des cicatrices de brûlures. Même observation pour la phalangette de l'auriculaire. Cicatrices de brûlures au niveau de la tête du radius en arrière. La sensibilité est restée complète.

Notre malade peut par le toucher reconnaître la consistance et la forme des objets. La faculté de distinguer le chaud d'avec le froid subsiste également chez lui bien qu'un peu obtuse.

Sensation continue de froideur aux extrémités.

Sur la face dorsale de la main, insensibilité à la piqûre depuis le bout des doigts jusqu'au niveau du pli radio-carpien, sauf au niveau de la portion enflammée du médius où persiste une légère sensibilité, la piqûre y produit l'écoulement d'une goutte de sang. La force musculaire est un peu diminuée; mais elle subsiste encore très nettement pour chacun des muscles et des groupes musculaires; pas d'émaciation appréciable. L'avant-bras et le bras présentent également de l'analgésie; pas de diminution dans la force musculaire; les sensibilités thermique, tactile sont conservées ainsi que la sensibilité musculaire.

État actuel de la main droite : Nous ne reviendrons pas sur les déformations provenant de cicatrices vicieuses consignées au début de l'observation.

Sur les confins de la région hypothénar se trouve un épaississement épidermique considérable.

Au pouce, mêmes remarques que pour le côté gauche. Sur l'index, au niveau du pli intermédiaire entre la phalange et la phalangette, se trouvent des cicatrices provenant d'une plaie analogue à celles que nous avons décrites sur le médius gauche. Au médius droit, on trouve au niveau du pli palmaire de l'articulation phalango-phalangienne une large plaie transversale en partie recouverte par des bourgeons charnus présentant à son centre une petite excavation à bords indurés et pâles et dans le fond de laquelle on distingue très nettement les tendons des fléchisseurs; il existe à ce niveau une très légère suppuration. La face dorsale de ce doigt est violacée, dure et œdématiée. Mêmes observations qu'à la main gauche pour les divers modes de sensibilité. L'avant-bras et le bras présentent également des troubles de même nature que leurs congénères. Analgésie complète sur toute l'étendue de la paroi thoracique antérieure et postérieure. Du côté droit cette insensibilité à la piqûre rencontre jusqu'au cou la face et la nuque jusqu'au sommet de la tête. La moitié gauche

de la paroi antérieure, les lombes, les fesses, la cuisse et le tiers supérieur de la jambe de ce côté sont aussi le siège d'insensibilité à la piqûre. Les deux tiers inférieurs de cette jambe et le pied ainsi que toute la moitié inférieure du corps du côté droit n'ont pas perdu ce mode de sensibilité; les organes génitaux externes sont à ce point de vue intacts sur toute leur surface. Pas de troubles des réservoirs. Intégrité complète des sens spéciaux. Les réflexes sont conservés. La sensibilité au courant électrique est plus faible d'un tiers à droite qu'à gauche sur les membres thoraciques. Les muscles correspondent parfaitement à tous les modes d'électrisation. On a appliqué l'aimant sur le membre abdominal gauche sans obtenir de phénomènes de transfert. Les divers traitements mis en usage n'ont donné aucun résultat appréciable. Le malade est sorti de l'hôpital après un séjour de trois mois. Depuis cette époque, il n'a rien présenté de bien nouveau, si ce n'est une tendance aux sueurs spontanées sur la moitié droite de la figure ; rien de semblable sur les bras et la poitrine. La plaie du médius droit a été longtemps le siège d'un écoulement abondant de sérosité qu'on fait sourdre à volonté en pressant le doigt depuis la racine jusqu'au niveau de son orifice; puis elle s'est cicatrisée toute seule sans suppuration et sans application de pansement autre qu'un petit morceau de toile.

Nous avons posé un vésicatoire sur l'un des avant-bras; puis sur le derme dénudé nous avons appliqué un électro-aimant d'abord et ensuite des courants induits sans obtenir le moindre changement dans le domaine de la sensibilité.

Observation XXIII

Czerny. *Arch. für Klin. Chir.*, t. 34, fasc. 2, p. 267. Berlin, 1886.

Inflammation de la main gauche à la suite de laquelle il reste une position en griffe. — Arthrite suppurée de l'épaule avec subluxation. — Résection de l'humérus.

John Stücke, âgé de 49 ans, journalier. Sans antécédents héréditaires. Il y a sept ans, à la suite d'un refroidissement pendant son travail, dans une cave à bière, il a été pris de vertiges et fut obligé de rester au lit pendant plusieurs jours. Au mois de mai, il s'est déclaré sans cause connue un gonflement de la main et de l'avant-bras gauche avec douleurs et fièvre. Dix semaines après, le gonflement a disparu, mais il a laissé sa main en griffe. En 1882, gonflement à la partie supérioure du bras, dans la région de l'épaule, guéri par une incision avec écoulement d'un peu de pus. Au mois de décembre 1886, gonflement dans l'aisselle, transpirations nocturnes abondantes, amaigrissement et douleurs dans tout le bras. Les craquements sont devenus si nets qu'ils sont perçus par le malade lui-même. La douleur et la fièvre disparaissent après l'évacuation de deux litres d'un pus sanguinolent. A l'entrée dans la clinique le 6 janvier 1886, on trouve un souffle systolique au cœur. Un peu de bégaiement au commencement des mots et prononciation précipitée. On trouve une atrophie musculaire des deux mains, analgésie modérée du bras gauche avec sensibilité à la températre anormale, sans que la sensibilité tactile soit troublée ; de plus, disparition du réflexe patellaire à gauche et sensations douloureuses dans la jambe du même côté, donc la syringomyélie peut être considérée comme très probable. L'articulation de l'épaule gauche est très distendue par un abcès recouvert d'une peau amincie. L'élévation volontaire du bras est en-

core possible. Jusqu'à l'horizontale, les mouvements passifs peuvent être menés jusqu'à l'extension normale sans aucune douleur, mais on perçoit nettement des craquements et la tête de l'humérus plus petite est subluxée vers l'apophyse coracoïde.

Il y a flexion de quatre doigts de la main gauche par suite de raccourcissement musculaire, flexion qui augmente vers le bord cubital de la main. La flexion de la main sur l'avant-bras diminue considérablement la contracture des doigts, sans la faire disparaître complètement dans le quatrième et cinquième doigt Les mouvements du pouce sont normaux. La peau de la face palmaire un peu épaissie, mais pas gonflée, l'aponévrose palmaire n'est pas raccourcie. Les ongles sont atrophiés et striés.

Le 8 janvier. résection sous-périostique de la tête humérale très usée, dénudée de son cartilage et ramollie. Le cartilage qui recouvre la cavité glénoïde est très peu altéré. Extirpation de la capsule avec ses fongosités, grattage de l'abcès, drainage, pansement : iodoforme, sublimé et ouate de bois. La fièvre tomba aussitôt après la résection et la marche ultérieure de la plaie est normale. Le 22 janvier, au premier changement de pansement, on trouve la plaie cicatrisée. A partir du 28 janvier, traitement par l'électricité et des mouvements passifs. Le 13 février, il quitte la clinique ; les mouvements sont assez étendus et tout à fait indolores, résultat très remarquable vu la date récente de l'opération. Le 20 avril, en examinant le malade, le deltoïde paraît bien développé, la régénération de la tête humérale un peu incomplète, le sus et sous-épineux un peu atrophiés. A droite, la circonférence de l'avant-bras, 26, du bras 27 1/2 ; à gauche : avant-bras 23 1/2, bras 26 1/2. La force de pression de la main gauche est moins grande que celle de la main droite. Les mouvements dans l'articulation de l'épaule se font assez bien et sans douleur, mais le malade éprouverait des douleurs lancinantes et cuisantes à chaque changement du temps.

Observation XXIV

Czerny. *Arch. für Klin. Chir.*, t. 34, fasc. 2, p. 267. Berlin, 1886.

Gelure il y a 20 ans; depuis, la main en griffe; il y a 3 ans perte de deux doigts à la suite d'une inflammation indolore. — Arthritis cubiti. — Résection. — Amélioration.

Martin Œstringer, âgé de 42 ans, entrepreneur, a eu, il y a vingt ans, une gelure de la main gauche et de l'avant-bras jusqu'au coude. Il y a 3 ans, une inflammation sans douleur du petit doigt gauche a nécessité la désarticulation de ce doigt. Il y a deux ans, un processus semblable a nécessité la désarticulation de la troisième phalange du médius. L'été dernier, suppuration de l'annulaire guérie quatre semaines après. L'articulation du coude gauche est gonflée déjà depuis le printemps. Comme malgré les incisions et un appareil plâtré, il avait toujours des gonflements et des abcès, quoique sans douleur, il s'est présenté à la clinique le 3 février. État: un homme bien nourri, il présente une scolio-cyphose légère à la région dorsale. A la main, le petit doigt et la dernière phalange du médius font défaut. Les autres doigts sont recouverts d'un épiderme épais et gonflé, ils sont en forme de griffe.

Extension complète impossible. Tremblement prononcé. gonflement et fluctuation au-dessus de l'articulation du coude près duquel on voit une cicatrice longue de 8 cent. L'olécrâne est bosselé et déplacé en arrière et en dedans. A deux travers de doigt de l'olécrâne et en avant il y a une fistule par laquelle s'écoule un pus clair. En arrière deux abcès du volume d'un poing. Pas de sensibilité à la douleur, mais la sensibilité tactile existe à la main et à l'avant-bras.

Le 15 février, incision de l'abcès ; on introduit le doigt dans la grande cavité sigmoïde qu'on trouve recouverte de granulations

et ne correspondant plus à la trochlée qui est très usée. Lavage, drainage, appareil de terre glaise (Thonerdeverband). Le 25 mars, l'articulation ne suppure plus, il n'y a qu'une fistule par laquelle s'écoule un peu de sérum, mais la destruction de l'articulation est devenue plus frappante après la disparition du gonflement inflammatoire.

L'usure des extrémités articulaires du coude gauche est tellement grande que le coude est fortement luxé en haut et que la longueur du bras semble avoir diminué de 11 cent. L'épicondyle et l'olécrâne paraissent élargis, les mouvements latéraux sont très faibles, l'extension passive est normale, la flexion est un peu empêchée, mais tous les mouvements sont indolores. Le 28 février, résection du coude sans anesthésie, le malade n'éprouve qu'une sensation de pression, mais pas de douleur. On enlève 10 cent. environ des os déformés et garnis d'ostéophytes sur les bords. Pas de granulations fongueuses dans la capsule qui est enlevée avec la curette tranchante et les ciseaux. Drainage des os et pansement au sublimé et à l'ouate de bois. Température au-dessus de 38° les deux premiers jours seulement. Le 17 mars, au premier changement de pansement, on constate la cicatrisation complète de la plaie, sauf quelques points granuleux superficiels. Sur la demande du malade, on le renvoie avec une attelle en carton. Le 26 mars, on a ouvert un abcès assez volumineux situé dans le sillon bicipital sans communication avec l'articulation. Au mois de février 1885, il s'est présenté encore une fois avec une articulation flasque, ne pouvant plus servir et une fistule purulente conduisant sur des os cariés.

L'amputation qu'on lui a proposée, fut refusée ; pas de renseignements ultérieurs sur le malade.

Observation XXIX

Czerny. *Arch. für Klin. Chir.*, t. 34, fasc. 2, p. 267. Berlin, 1886.

Syringomyélie. — Contracture des doigts à la suite d'une gelure; inflammation septique de l'index et de l articulation radio-carpienne gauches. — Amputation. — Mort par accidents pulmonaires métastatiques. — Pyélo-cystite.

Fr. Becker, âgé de 34 ans, paysan, a quatre enfants sains. En 1879, il s'est gelé les deux mains et à partir de ce moment et dans l'espace de six mois, il s'est formé une contracture de la main droite. Plusieurs durillons sur la main gauche qui deviennent douloureux pendant l'hiver et s'ouvrent de temps en temps. Du 19 février jusqu'au 23 août, il était dans la clinique du professeur Erb avec le diagnostic de syringomyélie ou scléroses multiples, contracture symétrique, atrophie et trouble de l'innervation des deux mains et des deux avant-bras, augmentation des réflexes. Pas de phénomènes de dégénération. Il y a quatorze jours, grand frisson sans cause connue, puis gonflement, rougeur et douleur de la main gauche. Trois jours après, il s'est formé une ouverture dans le voisinage de l'articulation de la main par laquelle s'écoule un pus abondant et fétide. Son état au 1er décembre 1885 : homme bien bâti, ayant beaucoup de fièvre, le sensorium affaibli, langue humide. La main gauche est en forme de griffe. Luxation de la main en avant par suite de la destruction des ligaments. Tuméfaction très enflammée jusqu'au coude. L'extrémité inférieure du cubitus décolorée et découverte par une ouverture grosse comme une pièce d'un mark. Les deux dernières phalanges de l'index sont gangréneuses. Sensibilité affaiblie dans le reste de la main. La main droite présente une contracture des troisième, quatrième et cinquième doigts, une peau épaissie et gonflée. On

doit pratiquer le cathétérisme pour évacuer l'urine qui est troublée par une grande quantité d'épithélium de la vessie. Muscles péroniers atrophiés, augmentation du réflexe patellaire et de la sensibilité. De forts frissons dans l'après-midi, pouls 144, température 40°,5 La fièvre oscille rapidement entre 35°,0, 40°,6, malgré l'administration répétée de thalline (0,75); les forces diminuent malgré le camphre, le vin, etc.

Le 4 décembre, amputation du bras.

La température s'abaisse, l'état s'améliore mais l'urine est très alcaline, sanguinolente; pas de cylindres, épithélium très abondant, densité 1025, quantité 2500 gr. Les frissons se répètent et le 14 décembre, mort par septicémie générale.

A l'autopsie, on a trouvé : gangrène du cubitus, contracture et atrophie de la main droite. La plaie du bras gauche amputé réunie et aseptique. Foyers de métastase dans les deux poumons avec commencement de gangrène. Pyélo-néphrite suppurée, cystite diphthéritique et uréthrite, tumeur de la rate. Syringomyélie prononcée dans la partie supérieure de la moelle dorsale et dans la partie inférieure de la moelle cervicale; elle se propage presque sur toute la région dorsale, excepté la partie inférieure et sur tout le renflement cervical l'entrecroisement des pyramides. La moelle allongée est intacte. Dans la région dorsale de la moelle épinière, les colonnes grises antérieures manquent, elles sont détruites par l'extension des cavernes; la substance grise postérieure manque en partie. Il y a, en outre, sclérose des cordons postérieurs. La partie postérieure des cornes antérieures et la partie antérieure des cornes postérieures sont détruites dans la région cervicale inférieure. Le plexus brachial et les nerfs des bras ne présentent pas de lésions macroscopiques.

Dans la main amputée les muscles thénar, hypothénar et tous les interosseux étaient très atrophiés, quelques faisceaux seulement du court fléchisseur du pouce sont intacts. A l'avant-bras gauche, le fléchisseur commun des doigts est en

grande partie dégénéré, tous les autres muscles sont intacts. A l'examen des muscles de la main, on trouve des traces de suppuration, ce qui prouve que souvent cette suppuration est déterminée directement par l'inflammation. A la main droite, le court fléchisseur et l'adducteur du pouce étaient d'un rouge brun, les autres muscles de l'éminence thénar dégénérés.

Les muscles de l'éminence hypothénar étaient rosés, les interosseux en grande partie dégénérés. A l'avant-bras le grand palmaire seul paraît altéré.

Observation XXVI

M. Roth. *Archives de neurologie*, octobre 1887, n° 42, p. 380.

Troubles trophiques et atrophie musculaire du côté droit. Scoliose. — Hémianesthésie thermique gauche ; à droite limitée à la tête et à la face. — L'analgésie est disposée à gauche de la même manière ; à droite elle occupe seulement le cou et la partie supérieure du thorax.

G... Mihaïloff, 27 ans. Entré à l'hôpital Catherine, le 14 janvier 1885. — Antécédents, parents se portent bien ; le malade a toujours joui d'une bonne santé ; marié à 19 ans, pas d'enfants, il est garçon de magasin, a beaucoup d'occasions de prendre froid ; habite un logement humide et froid. La maladie actuelle s'est déclarée il y a à peu près trois ans par une douleur peu à peu développée et augmentant progressivement dans le côté gauche du thorax, empêchant de fléchir à droite. Un an avant le début de la maladie, faiblesse de la jambe droite qui se fatiguait et tremblait après une marche prolongée.

Plus tard douleur tenace dans les reins surtout du côté droit et pendant la station assise, neuf mois auparavant affaiblissement de la main gauche.

État actuel. — Le malade est un homme robuste. Sur la *peau* du dos et de la jambe, taches pigmentées à la suite d'eczéma artificiel. A la partie inférieure de l'abdomen eczéma squameux grand comme la paume de la main. Sur les doigts, couche épidermique considérablement épaissie. La *musculature* du membre supérieur *droit* présente un certain amaigrissement général. A la station verticale *scoliose* bien accusée, avec concavité dirigée à droite dans la partie lombaire et concavité dirigée à gauche dans la partie thoracique ; cette incurvation ne compense pas la lombaire, de sorte que les vertèbres thoraciques supérieures se trouvent à droite de la ligne moyenne ; la tête est fortement inclinée à gauche pour la conservation de l'équilibre. La *démarche* est peu déliée, non assurée. Les jambes s'écartent assez largement; genoux légèrement fléchis, pas *d'ataxie*.

Extrémités inférieures à gauche, la force est conservée ; à droite, le malade se tient mais très peu. Flexion et abduction de l'articulation coxo-fémorale affaiblies : adduction moins ; les mouvements du tronc ne sont pas notablement affaiblis. Scoliose se redresse dans position horizontale.

Extrémités supérieures. — Les petits mouvements des doigts de la main droite légèrement altérés, le muscle opposant du pouce très affaibli. L'extension des doigts, de la main et de l'avant-bras est difficile. Dynamomètre montre 24 kilogr. à droite ; 62 à gauche. L'élévation du bras au-dessus de l'épaule est difficile par la tension du pectoral. Le pli naso-labial droit est moins accusé que le gauche. Lorsque le malade tire la langue elle est légèrement *déviée* à droite, mouvements fibrillaires mais pas d'atrophie. Pupille gauche un peu rétrécie. Le voile du palais symétrique se contracte bien, mais la déglutition de grands morceaux de nourriture n'est pas complètement libre. Les fonctions de la vessie sont un peu troublées : le malade est obligé d'attendre parfois longtemps que les efforts faits pour l'émission de l'urine soient suivis d'effet. Les réflexes tendineux et aponévrotiques exagérés dans les deltoïdes et l'avant-bras

droit ; peu dans les muscles de l'avant-bras gauche. Réflexe rotulien très exagéré à droite, peu apparent à gauche.

Sensibilité. — Le côté gauche sent moins nettement que le côté droit ; le caractère de la sensation n'est pas le même. Le sens du lieu est égal des deux côtés. Il y a peut-être une légère diminution de sensibilité sur la partie inférieure de l'avant-bras et le dos de la main, mais des deux côtés. La sensibilité générale est affaiblie à des degrés différents dans toute la moitié gauche du corps à l'exception d'un petit endroit hyperesthésié sur le cou. L'analgésie de la cuisse est un peu moindre que celle de la jambe et du pied. Du *côté droit* il existe une petite zone légèrement analgésiée qui occupe le couet peu à peu passe dans la région de la sensibilité normale près de l'épine de l'omoplate. Le *sens de la température* considérablement touché sur tout le côté gauche du corps où le malade ne perçoit pas la différence de 10° à 20°. *A droite* à la face, à la tête et à la nuque il a souffert du même degré qu'à gauche. La moitié gauche du corps est *frileuse* et paraît plus froide au palper qu'à droite.

Douleurs. — Le côté, les muscles du cou pendant le mouvement et le repos, les reins et les vertèbres thoraciques supérieures sont le siège de douleurs. Céphalalgie générale fréquente, douleurs dans les membres : sensation de cuisson surtout à la tête, la nuque, la moitié gauche du corps, le cou, dans les endroits où se trouvait la thermo-anesthésie. De temps en temps, sensation de fourmillements de la tête au dos. Vertige parfois au lit, sentiment de chancellement et de secousse dans le tronc. Dans le membre supérieur droit, crampes de courte durée.

Santé générale bonne.

Observation XXVII

M. Roth. *Arch. de neurologie*, 1887, n° 44, p. 162, vol. XV.

Homme de 22 ans, à 11 ans panaris. — Depuis 19 ans scoliose parétique et atrophie progressive des muscles, surtout des scapulaires et des deltoïdes. Thermo-anesthésie des membres supérieurs et du thorax. — Analgésie limitée.

Job Rousmine, 22 ans, entre à l'hôpital de Catherine le 20 janvier 1886. Se plaignant de la faiblesse des membres supérieurs. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Antécédents personnels : jusqu'à l'âge de 9 ans bien portant, mais chétif, à onze ans. Il travaille chez le harnacheur ; à cette époque *panaris douloureux* sans cause connue, avec chute de l'ongle; on ne fit pas d'incision ; guérison assez prompte après issue d'un peu de pus ; pas de douleurs le long de l'avant-bras, pas de gonflement de la main ; après guérison du doigt, *l'extension maxima des doigts dans l'articulation métacarpo-phalangienne* impossible ; le médius en retard sur les autres doigts. A l'extension forcée passive douleur dans les tendons des fléchisseurs sur le 1/3 inférieur de l'avant-bras ; à l'extension passive maxima, *mouvements convulsifs* dans le médius. Depuis l'âge de 13 ans, tiraillements dans les doigts après la fatigue du travail, qui ont cessé depuis près d'un an. Vers Noël 1883 pour la première fois *gonflement* indolent du dos de la main droite, se répétant depuis de temps en temps ; pas de douleur ni rougeur de la peau. En automne 1883, le malade se brûla le dos. En hiver 1883 céphalalgie, congestion des oreilles, obscurcissement de la vue par moments ; cet état disparut au bout de huit jours pour reparaître pendant l'hiver 1885 avec ténacité. Depuis le printemps de 1884 le bras commença à faiblir dans l'articulation de l'épaule ; dans le côté gauche, douleur sourde

et peu à peu se développa la scoliose. Vers l'été le bras gauche faiblit également.

État actuel. — Malade maigre, peau et muqueuses pâles, sur le dos traces de brûlures. Sur la face antérieure du bras et de l'avant-bras, la peau est couverte de rayures toutes blanches (traces d'égratignures faites pendant un traitement par les fourmis). Au-dessus des articulations des doigts, du côté de la face dorsale, *induration calleuse* de l'épiderme. Ganglions de l'aine légèrement augmentés de volume, pas de cicatrices sur le pénis. La *peau* des mains est cyanosée, froide au palper, pas œdématiée. Les ongles bien conformés.

La 3e phalange du médius de la main droite n'existe pas et l'extrémité de la 2e forme un moignon un peu épaissi. Scoliose à concavité droite produite par toute la partie thoracique de la colonne vertébrale. Dans partie lombaire, scoliose compensatrice. Poitrine élevée. Pas d épaississement des os ni de traces de rachitisme.

Les muscles sont par places atrophiés. Les sous-épineux, sus-épineux, deltoïdes sont atrophiés. Le trapèze est conservé seulement dans sa portion supérieure. Les *muscles du bras* légèrement atrophiés. L'avant-bras droit est atrophié dans sa partie supérieure ; à gauche l'avant-bras est plus gros et le long supinateur seul est notablement atrophié. Sur les mains, atrophie du premier espace interosseux et amaigrissement du second.

Les muscles des membres inférieurs ne présentent pas d'atrophie notable.

Mouvements. — Les bras présentent des mouvements très limités. Ceux des avant-bras et des mains très affaiblis. Les membres inférieurs sont un peu plus lourds qu'avant. Mouvements fibrillaires dans les muscles du bras et du thorax. Les réflexes tendineux n'existent pas au bras.

Sensibilité. — Sens de la douleur considérablement affaibli dans partie supérieure de l'épaule droite, sur le cou à droite, un peu moins sur la nuque, au-dessous de la clavicule, outre l'af-

faiblissement du sens de la douleur, ralentissement marqué de la conductibilité des impressions douloureuses. Dans les régions analgésiées, affaiblissement du sens de la température dépassant partout les limites de l'analgésie. De plus la partie inférieure du bras gauche a aussi perdu le sens de la température. Le sens du tact est absolument conservé. Durant tout son séjour à l'hôpital, surtout les premiers temps, Job se plaignait de douleurs dans le côté droit, par suite de la pression des côtes sur la crête iliaque ; puis dans les muscles de la cuisse, sur le côté gauche de la nuque, à l'avant-bras gauche, à la partie inférieure du ventre... ; céphalagie tenace, obtuse ; puis picotement et sensation de froid à l'épaule droite, sensation qui a été remplacée par un sentiment de constriction. En général, main droite plus frileuse et transpirant davantage. Le 23 août état fiévreux et *ampoule* sur le côté cubital de la main gauche avec rougeur, gonflement ; l'ampoule creva et un liquide séro-veineux s'épancha.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, pas de changements dans son état sauf un abaissement de la sensibilité douloureuse dans la partie thermo-anesthésiée.

Observation XXVIII

Ch. Monod et Et. Reboul. *Arch. gén. de médecine*, juillet 1888, p. 28.

M..., Charles, âgé de 58 ans, marchand des quatre saisons, entre le 9 mai 1887, à l'hôpital St-Antoine, salle Dupuytren, n° 54, service de M. le Dr Ch. Monod.

Antécédents héréditaires : père et mère morts âgés (de cause inconnue); ne paraissent pas avoir eu une affection semblable à celle que présente notre malade.

Collatéraux : Frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels : variole à 11 ans; militaire pendant quatorze ans dans la marine (Martinique, Guadeloupe) :

ni fièvres, ni diarrhée, ni dysenterie. Jamais de fièvre intermittente ni de rhumatisme.

Octobre 1885. Engourdissement de l'auriculaire droit. En se chauffant à son poêle, le malade se fait une brûlure à l'auriculaire droit, sans éprouver la moindre douleur. A cette époque, les mouvements des doigts étaient absolument libres. Peu à peu, flexion des doigts sur la main, et difficulté pour les étendre; aplatissement de la paume de la main; le pouce est sur le plan des autres doigts. Amaigrissement.

1886. Le malade entre à l'hôpital St-Antoine, service de M. Hayem : Névrite périphérique symétrique. Quelques séances d'électrisation; bromure de potassium.

1886, décembre. Flexion de l'auriculaire gauche. En se chauffant à son poêle, le malade se brûlait fréquemment les mains sans éprouver de douleur.

1887. 1er mai. Gonflement du médius droit. Orifice fistuleux de la face palmaire du médius, donnant passage à l'extrémité nécrosée de la 2e phalange.

Le 9. Le malade entre à l'hôpital St-Antoine, service de M. le Dr Monod.

État actuel. — Bonne santé apparente; un peu d'amaigrissement.

L'attention est attirée vers les extrémités qui présentent les lésions suivantes :

Main droite. — Etalée, aplatie, diminution de la saillie de l'éminence thénar. Le pouce est sur le même plan que la paume de la main. Peau rugueuse, sèche.

Pouce. — Mouvements libres. L'extension cependant ne peut être complète; il se forme dans ce mouvement, sur la face palmaire, une bride cutanée qui paraît le limiter.

Index. — Les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne sont un peu limités. Flexion des 2e et 3e phalanges, peut être augmentée spontanément. On peut produire assez facilement l'extension des deux dernières phalanges, mais le malade ne peut, de lui-même, exécuter ce mouvement.

Médius. — Extension complète. Tout le doigt est gonflé, empâté ; il décrit une légère courbe interne. La peau, amincie, dépourvue d'épiderme par places, présente des ulcérations irrégulières, de profondeur variable.

Au niveau de l'articulation de la 1re et de la 2e phalanges, orifice fongueux, par lequel fait saillie l'extrémité nécrosée de la 2e phalange et des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés.

Le pli digito-palmaire est le siège d'une ulcération linéaire profonde, pénétrant jusqu'à la gaine des fléchisseurs et d'où part un trajet fistuleux et fongueux remontant vers le milieu de la paume de la main. Suppuration.

Sur la face dorsale de la 3e phalange, ulcération ovalaire de 3-4 millim. de diamètre. Le dernier segment du doigt est très mobile.

Annulaire. — Mouvements métacarpo-phalangiens libres ; flexion des deux dernières phalanges. L'extension provoquée de ces deux phalanges est difficile et incomplète.

Auriculaire. — Même état.

Troubles trophiques des *ongles :* ils sont durs, épais, irréguliers et présentent de nombreux sillons transversaux.

Main gauche. — Aplatie, déprimée ; dépression des éminences thénar et hypothénar ; atrophie des interosseux et des lombricaux (main de singe).

Pouce — Mouvements libres ; légère induration de la peau de la face palmaire.

Index. — Volumineux, en massue, gonflement, extension complète, peau amincie, desquamation épithéliale.

Ulcération ovalaire et fongueuse sur la face palmaire de la 3e phalange : pus.

Ulcération petite et régulière sur la face dorsale de la 1re phalange.

Médius, annulaire, auriculaire. — Extension de la première phalange, mouvements des articulations métacarpo-phalangiennes limités surtout dans l'extension.

Flexion des 2 dernières phalanges. Cette flexion peut être

augmentée spontanément, tandis que l'extension provoquée est difficile, lente, incomplète.

Gonflement et œdème de la face dorsale de la main, légère rougeur de la peau. Pas de lympbangite sur l'avant-bras.

Pied droit.— Gros orteil. — En extension, dévié en massue vers l'axe du pied. Les mouvements de l'articulation métatarso-phalangienne limités.

Durillon sur la partie interne de la tête du premier métatarsien.

2e, 3e, 4e et 5e *Orteils.* — Extension de la première pbalange. Les mouvements des articulations métatarso-phalangiennes sont normaux, mais limités. Flexion des 2e et 3e phalanges.

Mal perforant plantaire au niveau de la tête du 1er et de celle du 5e métatarsien.

Pied gauche. — Les 5 orteils présentent les mêmes déformations qu'à droite.

Mal perforant plantaire au niveau de la tête du 5e métatarsien.

Symptômes fonctionnels. — Conservation de la force dans les membres supérieurs et inférieurs. Marche normale. Pas d'ataxie.

Anesthésie de la main et de l'avant-bras gauches, limitée au coude. A droite anesthésie de la main limitée au poignet. Des deux côtés, anesthésie plus marquée sur la face dorsale qne sur la face palmaire. Diminution de le sensibilité au pied et au 1/3 inférieur de la jambe, des deux côtés. *Réflexe.* Diminution du réflexe rotulien à gauche. Varices des membres inférieurs. Depuis, 3 ou 4 ans, légère diminution de la mémoire; depuis 2 ans, légère diminution de l'acuité visuelle.

20 mai. Amputation du *médius droit* sans anesthésie générale ou locale; opération absolument indolore, sauf légère douleur au moment de la désarticulation ; le 4 février la cicàtrisation était complète.

28 juin. Amputation de *l'index gauche* ; mêmes phénomènes anestbésiques ; le 8 juillet cicatrisation.

Examen des doigts amputés. Examen microscopique. — Peau amincie, sauf en certains points de la face palmaire où elle est augmentée d'épaisseur. Tissu cellulaire sous-cutané, épaissi, induré. Tendons extenseurs adhérents à la surface dorsale des phalanges. Tendons fléchisseurs disparus.

Examen microscopique, par le Dr Gombault. Nerfs. — Après macération soit dans le liquide de Muller, soit dans l'acide osmique et coloration par le picro-carmin, par dissociation, faisceaux de fibres parsemés de noyaux et fibres nerveuses complètement détruites. Nulle part fibres saines. Sur ces faisceaux de fibres aucun vestige de myéline. Sur des coupes transversales, même résultat. Épaississement considérable de la gaine lamelleuse. Cet épaississement fibreux ne présente nulle part de cellules rondes interposées. Les lames de la gaine lamelleuse paraissent avoir surtout augmenté d'épaisseur, et sont plus larges qu'à l'état normal. Les travées que cette gaine envoie dans l'intérieur des faisceaux de fibres ont subi également un très fort épaississement et sont beaucoup plus riches en vaisseaux que normalement. Ces vaisseaux sont tous de petit calibre et richement nucléés, surtout à la face interne de la gaine lamelleuse et dans les travées interfasciculaires. Le tissu conjonctif est manifestement épaissi, condensé et pauvre en tissu adipeux. *Vaisseaux*, ne paraissent pas notablement altérés, quelques thromboses veineuses. *Panaris.* Les trajets fistuleux, formés par un tissu embryonnaire très vascularisé ; à la surface, papilles volumineuses, recouvertes d'une couche épithéliale normale.

Au mois de septembre, entrée du malade à l'hôpital Tenon : amputation indolore de *l'index droit*, 12 jours après, guérison.

Décembre. *Main droite.* — Dépression plus marquée des éminences thénar et hypothénar, atrophie des interosseux. — A l'*annulaire*, flexion complète de la 2e phalange et moins prononcée de la 3e. Ankylose des articulations de la 1re avec la 2e phalange et de celle-ci avec la 3e. Déviation en masse des deux dernières phalanges sur le bord radial. Ongle rugueux,

déformé, recourbé sur la face palmaire ; mêmes dispositions à *l'auriculaire ;* chute de l'ongle, matrice ulcérée, saignante.

Main gauche. — Dépression considérable des éminences thénar et hypothénar, atrophie des interosseux. Gonflement et œdème de la face dorsale. Légère rougeur de la peau. Au *médius*, ankylose des articulations des phalanges entre elles. Flexion complète de la 2e phalange. Gonflement en massue du dernier segment, ongle rugueux, raccorni incurvé sur la face palmaire.

Annulaire. — Les deux derniers segments du médius et de l'annulaire sont déviés vers le bord radial.

Auriculaire.— Bride fibreuse sur la face antéro-interne. Ongle rugueux, recourbé. — *Pieds.* — Pied droit. Œdème et rougeur de la face dorsale du 3e orteil. *Gros orteil.* Phlyctène à contenu sanguinolent sur le bord interne de la 1re phalange. Ulcération ovalaire sur la face dorsale. Ongle épais, sillons transversaux. 2e *orteil.* Ongle dur, racorni, sillons transversaux : matière fongueuse, suintement séro-sanguin. 3e *orteil.* Dévie sa massue vers le bord externe. Troubles trophiques de l'ongle. 4e *orteil.* Mêmes remarques que pour lo troisième. 5e *orteil.* Nécrose spontanée des 2e et 3e phalanges ; élimination de la 3e. Troubles trophiques de l'ongle. — *Pied gauche.* On observe du côté du pied gauche à peu près les mêmes manifestations qu'à droite. Mal perforant plantaire au niveau de la tête des premiers métatarsiens droit et gauche et du 5e métatarsien droit. — *Troubles fonctionnels. Anesthésie.* Membre supérieur droit. Anesthésie complète de la main. A l'avant-bras anesthésie limitée au coude. Membre supérieur gauche, comme à droite mais moins complète sur l'avant-bras. Membre inférieur gauche. Sensibilité conservée seulement à la voûte plantaire, à la jambe anesthésie du 1/3 inférieur de la face antérieure, à la cuisse sensibilité diminuée sur la face externe. Membre inférieur droit. Pied, anesthésie limitée aux orteils. Jambe et cuisse, comme à gauche. Sensibilité diminuée à la face. Réflexes rotuliens du poignet et du coude exagérés. Odorat diminué. Pas de parésie aux membres supérieurs. Souvent coloration violacée et re-

froidissement des extrémités et de la face antérieure du genou. Sueurs localisées à la tête et à la nuque. Exfoliation épidermique.

Observation XXIX

Broca. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 2e série, 1885, t. I, p. 262.

Schwartz, Laurent, 35 ans, jardinier, entre le 25 mars 1885, salle Michon, lit n° 1, hôpital de la Pitié, service de M. le Prof. Verneuil.

Son père est mort en 1864, à l'âge de 60 ans ; il ne sait pas de quoi. Sa santé était habituellement bonne, mais il était assez alcoolique, et abusait surtout de l'eau-de-vie.

Sa mère semble avoir une bonne santé ; mais depuis plus de deux ans, il n'en a pas de nouvelles.

Ils ont été cinq enfants ; deux sont morts en bas âge ; les deux autres survivants se portent bien.

Lui-même a eu une enfance solide. Il ne présente aucun commémoratif strumeux. A l'âge de 7 à 8 ans, il a fait une chute sur le coude droit, à la suite de laquelle l'épaule correspondante est restée douloureuse et raide pendant environ un an. Puis l'épaule a retrouvé progressivement sa souplesse normale. Mais depuis cette époque, il est resté sujet à avoir des crises douloureuses dans le bras droit. Ces douleurs ont toujours le même caractère : elles partent du poignet, surtout à la face dorsale et remontent tout le long du bras, sous forme d'élancements, parfois assez intenses, dit le malade, pour le faire suspendre, pendant un instant, le mouvement respiratoire. Jusqu'à ces dernières années, ces crises douloureuses étaient exclusivement nocturnes. Elles survenaient surtout après les fatigues un peu exagérées et duraient alors pendant deux ou trois jours.

C'est peu après le début des douleurs, vers l'âge de 10 ans,

que le patient s'est aperçu qu'il était bossu. La gibbosité est venue peu à peu, sans aucune douleur rachidienne ; au début, la colonne vertébrale était seulement un peu raide, mais cela a cessé rapidement. Aucun abcès ne s'est formé. Actuellement, on constate aisément qu'il s'agit d'une scoliose légère, mais cependant des plus nettes, avec la déviation classique (convexité tournée à droite, ayant son point culminant à la région dorsale supérieure). Il n'existe aucun point douloureux à la pression sur toute la longueur de la crête épinière.

Mars 1888. Vers 14 ou 15 ans on lui a mis un corset ; à ce moment, il souffrait dans le dos.

Depuis l'âge de 14 ans, époque à laquelle il a commencé à travailler, le sujet a remarqué que ses mains ont toujours été plus rudes que celles de ses camarades ; il s'est constamment fait beaucoup de durillons ; la peau a toujours été sujette aux gerçures, aux crevasses.

Depuis fort longtemps, mais il ne sait pas au juste depuis quand, il a assez fréquemment des crampes dans les doigts, et cela des deux côtés. Mais le membre supérieur gauche n'a jamais été le siège de douleurs comme celles que nous avons déjà décrites pour le bras droit.

En 1878, la main droite a été écrasée par un morceau de fonte. La plaie contuse ainsi produite n'a jamais causé de souffrances notables ; elle a mis environ six mois à guérir et n'a pas présenté dans son évolution de complication actuellement appréciable, mais elle était vraisemblablement accompagnée de lésions ostéo-articulaires sérieuses. Actuellement, en effet, quoique les mouvements du poignet soient souples, on voit que sur la face dorsale la tête du cubitus fait une saillie beaucoup plus volumineuse que du côté opposé ; en dehors, toujours sur la face dorsale, l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, elle aussi, est fortement saillaute et se trouve séparée par une dépression de l'extrémité inférieure du radius. Du côté palmaire, enfin, le carpe, fait une forte saillie en avant et au-dessous de l'apophyse styloïde radiale. La

plaie a laissé à la face dorsale de la main et du poignet une peau blanche, lisse, ulcérée, certainement cicatricielle, mais ayant conservé sa souplesse. C'est à la suite de l'accident, paraît-il, que le pouce et le petit doigt ont présenté une attitude vicieuse.

Le pouce est fléchi à angle droit : on peut augmenter le mouvement de flexion. Mais l'extension est impossible et on sait qu'elle est limitée par une bride palmaire, métacarpo-phalangienne. Mars 1888 : Dans ce mouvement de flexion on perçoit des craquements articulaires.

Les mêmes phénomènes s'observent à l'articulation phalango-phalangienne du petit doigt, dont l'articulation métacarpo-phalangienne a conservé ses mouvements normaux.

Ce traumatisme a dû produire également des lésions nerveuses. En effet, le nerf cubital est certainement écarté aujourd'hui de sa position normale ; ce nerf passe normalement contre le pisiforme et en dehors de cet os. Or, par pression sur le côté interne de l'éminence thénar, à un fort travers de doigt en dehors du pisiforme, on cause des picotements, mal définis d'ailleurs, dans le petit doigt et la moitié interne de l'annulaire.

En tout cas, depuis cet accident, les douleurs brachiales sont devennes à la fois plus fortes et plus fréquentes. De plus, au lieu d'être exclusivement nocturnes, elles se sont, de temps à autre manifestées pendant le jour.

Ces crises douloureuses ne s'accompagnent pas de sueurs.

C'est environ un an après qu'ont débuté les crevasses profondes, saignant facilement, identiques à celles que la main porte actuellement et bien différentes des gerçures auxquelles elle avait été sujette jusqu'alors.

Il y a cinq ans, après un redoublement des crises douloureuses, le médius est devenu malade. Sans cause, sans douleur locale, la troisième phalange a gonflé, est devenue rouge ; l'os mis à nu est sorti. Au bout d'un mois, on a pratiqué, à l'hôpital de Metz, la désarticulation de tout le médius, quoique

les deux autres phalanges fussent saines. L'amputation a guéri en dix-sept jours et actuellement, il y a là une cicatrice linéaire, très souple vers la paume, mais un peu calleuse à la face dorsale.

Un an après, l'index a été pris à son tour, le début s'est fait de la même manière, ici encore précédé par des accès de névralgies brachiales. Mais l'os de la phalangette ne s'est pas nécrosé. La cicatrisation s'est faite spontanément et aujourd'hui on voit un index déformé, qui se termine en un cône dont le sommet est constitué par un rudiment d'ongle. L'articulation phalangino-phalangettienne est à peu près complètement ankylosée, à angle obtus. La peau de la face palmaire est très épaissie et très dure à la troisième phalange; beaucoup moins à la face palmaire de la première phalange; celle de la face dorsale est indurée, rigide, sur les deux dernières phalanges; elle est normale sur la première.

L'annulaire est malade depuis quinze jours, après de vives douleurs névralgiques, il est survenu à la troisième phalange une tache noire qui a rapidement fait le tour de l'ongle. Au dire du malade, il n'y aurait pas eu de phlyctène. L'ongle est tombé en peu de jours, le doigt a gonflé, est devenu un peu rouge tout en restant absolument indolent. L'ulcération a vite envahi les parties molles et aujourd'hui on est en présence d'un doigt raide, légèrement gonflé, un peu rouge sur la deuxième phalange et ce qui reste de la troisième, se terminant par une ulcération irrégulière, bourgeonnant mal, suppurant peu, au centre de laquelle on voit faire saillie la phalangette nécrosée, mais non mobile.

Trois crevasses existent sur les doigts. Elles sont profondes, leur fond est un peu suintant; il saigne facilement; les bords sont épais, durs, calleux. L'une des ces fissures se voit à la face externe de l'articulation phalango-phalanginienne de l'index, traversant le pli articulaire avec une légère obliquité. La seconde intéresse également un pli de flexion : elle est creusée dans le pli angulaire permanent que nous avons déjà

signalé au petit doigt. La troisième enfin, très oblique, atteint la face interne de la première phalange du pouce. Les crevasses guérissent sans laisser de trace, mais il s'en fait d'autres ailleurs, en sorte que la main en présente toujours.

Toute la peau palmaire est recouverte d'un épiderme très épais, présentant de nombreux durillons. Il y a à la partie inférieure de l'éminence hypothénar un reste d'ampoule ; et au talon de la main, entre les deux éminences, il existe une ampoule large comme une pièce de deux francs et qui date d'une huitaine de jours ; à cette époque le malade travaillait encore, malgré le panaris déjà grave, mais indolent de l'annulaire.

Sur la moitié inférieure de l'avant-bras, l'épiderme est desquamé.

Les ongles sont un peu altérés. Il ne présentent pas de cannelures, mais il s'incurvent légèrement vers la face palmaire et la face antérieure de leur extrémité libre est séparée de la phalange par des productions épidermiques pulvérulentes, blanches, assez épaisses.

La sensibilité de la main droite est considérablement altérée.

Sur la face palmaire de la main et du 1/3 inférieur de l'avant-bras l'analgésie est complète : une piqûre d'épingle se réduit à la simple sensation de contact.

Sur la face dorsale, la sensibilité est certainement moindre que du côté opposé, mais l'analgésie n'est complète que sur les deux dernières phalanges de l'index et de l'annulaire (on n'oublie pas que le médius est amputé).

La sensibilité au contact est partout conservée. Il semble y avoir seulement un peu de retard.

La sensibilité à la température est modifiée. Le froid est bien perçu ; le chaud ne l'est qu'au bout d'un certain temps. Et si on fait succéder rapidement à la même place, un corps froid et un corps chaud, pendant quelques instants la sensation de froid persiste ; cela n'a pas lieu du côté opposé. (L'expérience a été faite avec le manche de deux cuillers trempées l'une dans l'eau froide et l'autre dans l'eau chaude.)

Les troubles de la sensibilité ne remontent pas au-dessus du 1/3 inférieur de l'avant-bras.

Pendant le travail, la main gauche sue plus que la main droite.

Quand il fait froid, la main droite ne le sent pas : mais elle se refroidit, devient bleue et gonfle légèrement. Ces phénomènes sont surtout marqués sur l'index qui actuellement, au repos, présente une hypothermie considérable, appréciable à la main.

La température a été prise avec l'appareil thermo-électrique différentiel de Redard et nous avons obtenu les résultats suivants : L'hypothermie du membre supérieur droit est de 2° C. à la face dorsale du poignet ; de 1°,2 à l'avant-bras, un peu audessous de l'olécrâne. La température des deux bras est égale.

Les muscles de ce membre ne sont nullement atrophiés. Les mouvements des doigts sont fort gênés, bien évidemment, par les lésions que nous venons de décrire, mais le malade, qui n'est pas gaucher, ne se plaint pas d'un affaiblissement du bras droit.

Les battements des radiales sont normaux des deux côtés, les artères ne sont pas athéromateuses.

La main gauche a une sensibilité normale. Elle n'est le siège ni de douleurs, ni de fourmillements. Cependant de temps à autre le sujet y ressent des crampes, et, à la face dorsale surtout, la peau est rugueuse, fendillée. Cet état est principalement net sur la face dorsale du grand métacarpien. Les lésions des ongles sont identiques à ce qu'elles sont du côté opposé.

Ces mêmes altérations unguéales s'observent aux pieds. Les membres inférieurs sont en même temps le siège de quelques crampes. Pas d'œdème malléolaire. Pas de varices superficielles. Rien dans les urines. État général excellent.

(*Cette partie de l'observation est inédite.*)

En juillet 1887, le malade est venu de nouveau dans le service. Depuis sa sortie, son index droit avait présenté une

fistule qui sans cesse s'ouvrait et se fermait. L'indolence restait toujours la même. M. Verneuil a pratiqué l'amputation des deux dernières phalanges de l'index.

Nouvelle entrée le 27 février 1888. Cette fois, le malade entre pour des accidents au niveau de la *main gauche*.

La face palmaire des dernières phalanges de l'index et du médius gauche est un peu effilée et cicatricielle. Le malade nous raconte aujourd'hui que cela provient de deux panaris venus simultanément, vers l'âge de 17 ans. Ils ont été très douloureux.

Il y a eu hier huit jours, l'index a commencé à devenir malade. Ç'a été d'abord un picotement dans le pli phalango-phalanginien chaque fois qu'un contact s'y établissait. Rien n'était alors visible, et Schwartz n'interrompit pas son travail. Trois jours après, le dos de la main gonfla, à peu près sans douleur. Ce gonflement disparut au bout de 2 ou 3 jours : la veille, la phalange de l'index avait commencé à se tuméfier, toujours sans douleur.

Actuellement, l'index est volumineux et rouge au niveau de la phalange; un peu au niveau de la phalangine. Le gonflement et la rougeur occupent surtout la face interne des doigts et là on sent de la fluctuation. L'apyrexie est complète, mais la palpation montre d'une manière certaine que la température est plus élevée sur le dos de la main gauche que sur celui de la main droite.

Le pouls de la radiale droite est un peu faible; celui de la radiale gauche est vigoureux.

Les membres inférieurs sont dans le même état qu'il y a trois ans.

Depuis un an, des douleurs ascendantes occupent le membre supérieur droit. Peu intenses, mais brusques, elles partent du dos du poignet.

Il y a des crampes des muscles de la paroi abdomino-thoracique antérieure. Lorsque le malade travaille fort il dit que par places « elle devient gros comme le poing ».

Pas d'arthropathies.

Deux ou trois jours après, une ponction au bistouri a été faite dans la collection fluctuante. Il est sorti un liquide séreux et la plaie s'est refermée avec une grande rapidité. Puis au bout de peu de temps le malade a pu quitter l'hôpital semblant guéri de l'accident survenu à l'index gauche.

État de la sensibilité (exploration faite par M. Faure, interne des hôpitaux):

Face intacte. Très diminuée dans la moitié droite du dos ainsi que dans la région pectorale du même côté, normale dans les flancs. *Bras gauche*, sensibilité normale, sauf à la région dorsale du poignet et des 2e et 3e phalanges de l'index, où il y a seulement sensibilité de contact, la piqûre n'étant point perçue. La face palmaire est sensible, sauf au niveau de l'index. *Bras droit*. L'épaule est presque insensible. A partir du tendon du grand pectoral, sensibilité normale. La main n'éprouve que la sensation de contact tant à la face dorsale qu'à la face palmaire que sur les 3/4 externes, le pouce, l'index, les moignons. Le bord cubital et le petit doigt ont conservé leur sensibilité (sur cette main, le médius et l'annulaire ont été amputés ; l'index a perdu deux phalanges. Les jambes et les pieds ont leur sensibilité intacte. Toutes ces explorations sont faites avec une épingle.

Sensibilité à la température (exploration avec une cuiller froide et une autre plongée dans l'eau chaude). La sensibilité au chaud et au froid est conservée partout dans le dos, la poitrine et le bras ; elle est abolie seulement au niveau des mains dans des zones semblables à celles déjà décrites.

Pas de troubles de la motilité, pas d'atrophie, pas de paralysies, réflexes intacts.

Sueurs plus abondantes à l'aisselle droite et à la main gauche.

Observation XXX (inédite)

Communiquée par M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux.

Panaris analgésique de Morvan, consécutif à une section incomplète du médian, avec névrome latéral au niveau du ligament annulaire antérieur du carpe. — Résection du névrome. — Guérison.

N..., est une femme de 27 ans, grande et bien constituée. Elle se présente le 1er mai à la consultation de l'hôpital St-Louis, pour se faire ouvrir un panaris de l'index soigné depuis plusieurs semaines par des cataplasmes. Le médecin qui l'adressait est un ancien interne, et de fait la méprise était facile.

L'index est violacé, marbré, légèrement augmenté de volume ; ces altérations sont surtout manifestes au niveau de la phalangine et de la phalangette. Son épiderme desquame, l'ongle est irrégulier, corné, épaissi, légèrement décollé, entouré d'une aréole blanche comme dans les cas de panaris sous-unguéal. Le doigt est immobile, point douloureux, et le tout plongeant dans un cataplasme donne absolument l'aspect d'un panaris. Cependant dès ce premier examen, nous trouvons le médius un peu violacé, le pouce un peu plus coloré que normalement, mais ne rappelant que de très loin ce que nous voyons sur l'index ; dès lors notre attention est attirée de ce côté ; en examinant le reste de la main, nous trouvons une cicatrice récente à la face antérieure du poignet et nous remontons ainsi à l'origine des accidents que le malade nous raconte.

Il y a 4 mois, le 21 décembre dernier (1887), elle se fit d'un coup de tranchet une plaie à la face antérieure du poignet à 4 centim. au-dessus du pli articulaire. Il s'écoula peu de sang, on fit dans une pharmacie, un pansement compressif et antiseptique, et en 8 jours la plaie se cicatrisa. La malade était enceinte de 8 mois 1/2 ; elle accoucha sans accident le 28 décem-

bre. Elle resta au lit à cette époque, si bien qu'il est impossible de savoir au juste si les mouvements du pouce furent coneervés et si la sensibilité persista. Deux jours aprèe son accoucbement, elle ressentit des douleurs vagues dans les bras, douleure qui s'irradiaient vere l'épaule, le sein gauche, l'omoplate et la ligne axillaire du thorax. En même temps une sensation de cuiseon, occupait toute la région de l'éminence thénar et des trois premiers doigts, maie surtout de l'index; les mouvements du pouce étaient gênés, de même que ceux du brae, si bien que la force musculaire de ce membre était notablement amoindrie.

Pendant les semaines qui suivirent, ces troublee s'accentuèrent, les douleurs devinrent très vives au niveau de la cicatrice, et le pouce, l'index et le médius paraissaient « morts ». Elle reconnut alors qu'elle ne sentait plus ses doigts et la meilleure preuve, c'est qu'elle se brûla l'index sur un poêle rouge et ne s'aperçut nullement de la brûlure; ce n'est qu'en examinant son doigt qu'elle remarqua cet accident. Les doigts devinrent froids, violacés; tous ces troublee se localisèrent eurtout à l'index. L'ongle s'entoura au niveau de sa matrice d'une auréole blanche simulant ce que cette femme appelle un mal blanc, pour lequel un médecin lui fit appliquer dee cataplasmes et des compresses phéniquées. Après trois semaines de ce traitement les cboses ne faisant que s'accentuer, la malade ést adressée à l'hôpital St-Louis où nous suppléons M. le Dr Le Dentu.

L'index et les autres doigts préeentent l'aspect que noue avons indiqué ; la main est notablement atrophiée ; l'exploration de la sensibilité à son niveau révèle les troublee suivante dane toute la sphère du médian avec maximum au niveau de l'index. Disparition complète de la sensibilité au contact au froid et à la chaleur; diminution très marquée de la sensibilité à la douleur. Sensation de fourmillements dans les parties correspondantes.

Au niveau de la paume de la main, la malade accuse une sensation de cuisson, analogue à celle que provoque une brû-

lure ; cette sensation de cuisson survient par accès, durant plusieurs heures. La cicatrice est froncée, longue de 4 centimètres, dirigée transversalement, juste au niveau du poignet ; elle adhère profondément à un cordon douloureux et est souvent le siège d'élancements localisés ou irradiés dans tout le membre supérieur ; elle est extrêmement douloureuse à la pression. Les mouvements s'exécutent lentement et sans force ; le mouvement d'opposition du pouce est conservé, mais la force musculaire est diminuée dans le tout membre supérieur qui est nettement atrophié (1).

Nous posons le diagnostic « section, probablement incomplète du médian ; adhérence des extrémités du nerf sectionné à la cicatrice ; et comme conséquence, phénomènes de névrite dont le panaris de l'index n'est qu'un des troubles trophiques ». Me basant sur la douleur excessive de la cicatrice, son adhérence profonde à un cordon allonge et avant tout, sur l'accentuation constaté des accidents, je propose le débridement de la cicatrice, la recherche et la suture des deux bouts du nerf incomplètement sectionné ou la résection d'un névrome, suivant ce que l'on trouvera. La malade est opérée le 2 mai. Asepsie et chloroforme ; incision longitudinale, au niveau de la cicatrice, de 4 centimètres, parallèlement au nerf médian. Les tissus sont indurés, épaissis, formant une masse fibreuse, dans laquelle on ne reconnaît aucun élément. Je cherche alors au-dessous de la cicatrice et immédiatement sous la peau je trouve un cordon qui est le nerf médian.

Je le suis et je le vois s'engager sous le ligament annulaire antérieur du carpe, où il adhère au tissu cicatriciel qui l'enserre et l'étrangle, si bien qu'il faut le sculpter dans son épaisseur ; il est à ce niveau tout à fait superficiel, bien loin de la position profonde qu'il occupe d'ordinaire. Il présente la déformation suivante : son bord externe est partout lisse et continu, son

(1) Le moulage de cette pièce, exécuté par M. Baretta, est dans la collection du musée de St-Louis.

bord interne et les faces adjacentes portent un névrome du volume d'un pois très saillant de ce côté. Considérant qu'une partie du nerf est atteinte seule et que les accidents sont dus surtout à l'étranglement du nerf, je résèque le névrome latéral, sans interrompre la continuité du nerf dans toute son épaisseur, puis je suture les extrémités avivées au moyen de deux points de fin catgut passés dans la gaine du nerf. Drainage de la plaie par un faisceau de crin de Florence ; six points de suture à la peau ; pansement iodoformé et ouaté.

Au 9e jour, on enlève le pansement et les fils, tout est réuni, sauf le passage des crins ; nouveau pansement ; le 11e jour, tout est réuni.

Voici ce qui c'était passé depuis l'opération : jusqu'au troisième jour, anesthésie relative de l'index et du médius, explorés à travers le pansement. Au troisième jour, la malade nous dit qu'elle commence à sentir très nettement ces doigts ; elle ressent les contacts. Au cinquième jour, nous l'explorons ; la sensibilité au contact, au froid et à la chaleur, à la douleur est normale et ne s'est pas démentie depuis. Les troubles trophiques ont persisté jusqu'au dixième jour, ils ont ensuite diminué ; l'annulaire, le médius et le pouce ont perdu leur couleur violacée. L'index n'est plus volumineux, mais il est encore marbré. La malade revient le 20 juin ; nous constatons alors que l'index ne présente plus de troubles trophiques. La coloration, bien que plus foncée que normalement, a pâli, le doigt a son volume et ses mouvements normaux ; la partie de son ongle qui avoisine la matrice et qui par conséquent a poussé depuis quelques jours seulement, est légèrement striée, mais n'a ni l'épaisseur ni l'irrégularité du reste de cet appendice. Les sensations de brûlure ont complètement disparu, l'index a sa sensibilité normale. Il ne présente de remarquable qu'une sensibilité toute spéciale au froid et à la chaleur, ce qui prouve que les vaisseaux n'ont pas encore repris leurs réactions.

Notre manuscrit était déjà à l'impression, lorsque

M. Tuffier a eu l'amabilité de nous envoyer cette observation; nous l'avons trouvée si intéressante que nous l'avons fait ajouter à la fin de notre travail.

S'agit-il bien ici de la maladie de Morvan? nous ne l'affirmerons pas; car les caractères des troubles trophiques ne répondent guère à ce que nous savons de la maladie qui nous occupe; en effet après la résection du névrome, on voit ces troubles trophiques diminués d'intensité, guérir; en même temps les troubles de la sensibilité disparaissent, tout rentre dans l'ordre, ce qui est en contradiction manifeste avec ce que nous avons vu jusqu'ici. Le cas est certes intéressant et peut-être serait-il utile de suivre cette malade et de voir ce que deviendront par la suite les phénomènes observés par M. Tuffier.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer:

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE